

EINBLICK IN DIE PSYCHO-SOZIALE DYNAMIK
DER HYPERVENTILATIONSTETANIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereiches
Philosophie und
Sozialwissenschaften
der
Freien Universität Berlin

Eine empirisch-tiefenpsychologische
Studie
vorgelegt von
DIPL. - PSYCH. BENJAMIN ZOWODNY
aus
Wilhelmshaven

Berlin 1982

1983



EINBLICK IN DIE PSYCHO-SOZIALE DYNAMIK
DER HYPERVENTILATIONSTETANIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereiches
Philosophie und
Sozialwissenschaften
der
Freien Universität Berlin

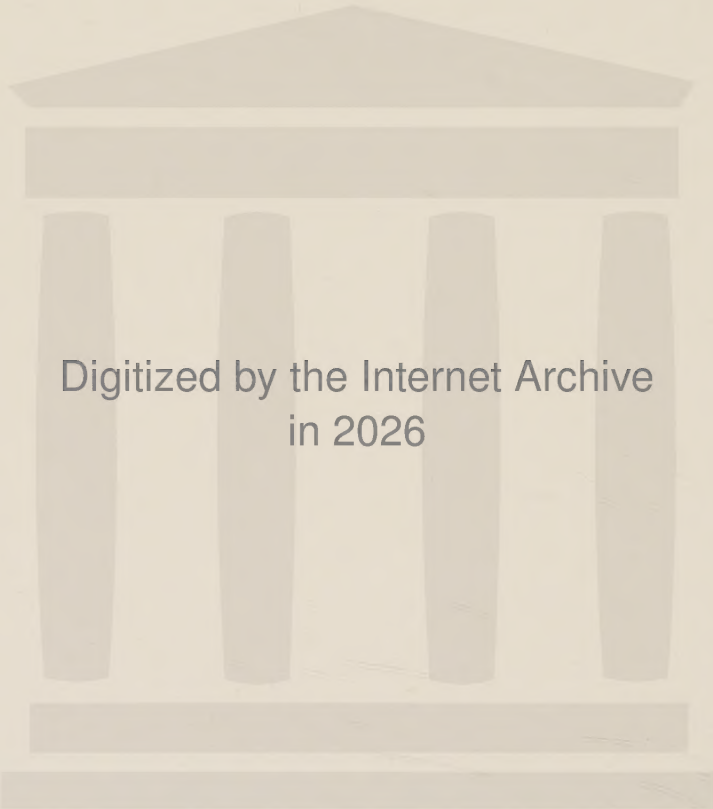
Eine empirisch-tiefenpsychologische
Studie
vorgelegt von
DIPL. - PSYCH. BENJAMIN ZOWODNY
aus
Wilhelmshaven

Berlin 1982

1. Gutachter: Prof. Dr. Helmut Bach
2. Gutachter: Prof. Dr. Hans Henning Studt

Tag der mündlichen Prüfung:
27. 1. 1983

Für Haide und Alexander



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546623_0001

Ein Therapeut zu seinem Klienten:

"Bei den Menschen, die tetanische Symptome entwickeln, wie sie bei Ihnen in letzter Zeit häufig vorkamen, liegt immer irgendein aktueller Konflikt zugrunde, in dem Sie sich nicht wehren, und in dem Sie resigniert aufgeben, statt sich mutig zur Wehr zu setzen. In irgendeinem aktuellen Konflikt können Sie sich ihre Unzufriedenheit, Empörung und Wut selbst nicht eingestehen, weil Sie diesem Kampf ausweichen wollen. In irgendeiner Lebenslage, in der Sie sich befinden, verhalten Sie sich wie ein Hund mit einer Beißhemmung, der anstatt die Zähne zu fletschen und zu knurren, um sein Terrain zu verteidigen, den Schwanz einklemmt und Übergriffe in seine Rechte kampflos duldet!"

TEGMANN/MOULENKAMP (1979)

Inhalt

Seite

Vorwort

1. Das tetanische Anfallssyndrom	1
2. Die Hyperventilationstetanie, Anfallsform und psychodynamische Fallbeschreibung aus der Literatur	21
Diskussion	34
3. Die empirische Untersuchung	37
Fragestellung und Hypothesenbildung	37
Untersuchungsmethodik	39
Der Fragebogen	46
Primärzustand	
Emotionale Entfaltungsmöglichkeiten	
Selbstempfindungen	
Aggressives Erleben	
Autoaggressive Tendenzen	
Abwehrhaltungen	
Stichprobe I	51
Stichprobe II (Kontrollgruppe)	55
Auswertung	59
Stichprobe I (Gießen-Test)	59
Stichprobe II (Gießen-Test)	73
Mittelwertprofil Stichprobe I	83
Mittelwertprofil Stichprobe II	84
Die Mittelwertprofile der 6 Skalen im Vergleich	85
Stichprobe I (Suizidfragebogen)	88
Stichprobe II (Suizidfragebogen)	112
Stichprobe I (Hand-Foto-Serie)	129
Stichprobe II (Hand-Foto-Serie)	129
4. Diskussion zur psycho-sozialen Dynamik an Hand der Ergebnisse der drei Untersuchungs- abschnitte	142
5. Schlußfolgerungen	160
6. Zusammenfassung	163
7. Kasuistik eines Sonderfalles	167
Literaturverzeichnis	169
Anhang (Fragebogen, Skalen)	184



Vorwort

Das tiefenpsychologische Verständnis psychosomatischen Geschehens ist in der klinischen Praxis gegenwärtig keine Seltenheit mehr. Wohl aber ist die Ausübung rein somatisch ausgerichteter Therapie bei psychosomatischer Symptomatik weiterhin anzutreffen, speziell in den niedergelassenen allgemeinmedizinischen Arztpraxen und in den Allgemeinkrankenhäusern. Unsere Aussage soll nicht grundsätzlich gegen eine sich auf Medikamente stützende Therapie des Arztes als Hilfeleistung in Notfallsituationen sprechen; zum Beispiel auch nicht in den Situationen, in denen der Patient mit einem akuten Tetanieanfall in die Ambulanz eingeliefert wird. Obwohl aus psychodynamischen Genesen und Interpretationen Hinreichendes bekannt ist, erweist sich zweifellos in solchen Krisensituationen eine intravenöse Kalziumbehandlung zur Kupierung des Anfalles als ein angemessenes Mittel - es sei denn, eine Hyperventilationstetanie ist für den behandelnden Arzt auf den ersten Blick erkennbar. Im letzteren Fall wäre u. E. nach eine Therapie psychologischer Art angebracht und auch möglich.

Entscheidet sich der behandelnde Arzt von vornherein für eine medikamentöse Therapie in der Behandlung einer Hyperventilationstetanie, wählt er eine Behandlungsform, die eine eindeutige Symptombehandlung ist. Diese Tatsache sollte nicht übersehen werden, wenn es um die Beurteilung des Anfalles geht, der ja - wie es sich erfahrungsgemäß zeigt - nur in den seltensten Fällen ein Gelegenheitsergebnis ist. Schließlich entscheidet der Arzt gleichfalls über die Form der Nachbehandlung, die nicht selten darin besteht, daß der Patient Valium oder ein ähnliches Präparat als Präventivmaßnahme gegen die Angstkomponente der Hyperventilationstetanie mit auf den Weg bekommt.

Die von HANS K. ROSE im Jahre 1974 veröffentlichte Untersuchung zum Komplex dieser normokalzämischen Tetanie bestätigt unsere Kritik an der vielfach klinisch einseitig durchgeführten Diagnostik und Therapie bei Tetanienpatienten.

ROSE schreibt in seinem Vorwort, daß in über 100 Krankengeschichten stationär behandelter Patienten einer internistischen Klinik, die wegen tetanischer Anfälle aufgenommen wurden, im Laufe eines Zeitraumes von 4 Jahren bei weniger als 5 % der Patienten ein sicherlich angebrachtes psychologisch-medizinisches Konsilium erfolgt ist.

Wir sehen es als eine vorrangige Aufgabe an, Hintergründe, d. h. das psycho-soziale Gefüge und die Lebensbedingungen der Patienten weitreichender als bislang aufzuhellen, um den Patienten selbst und den behandelnden Ärzten die Psychogenese dieses Hyperventilationssyndroms und das möglichst weitgehend zu eruierende Konfliktmuster verständlich in seinen Zusammenhängen zu machen.

Es soll von uns angemerkt werden, daß aus unserer Sicht in Berlin-West im Bereich der städtischen Kliniken, zumindest in denen, die uns bekannt sind, eine positive Entwicklung in Richtung konfliktorientierter Diagnose und Behandlung psychosomatischer Symptomatik sowohl stationär als auch in den Rettungsstellen allmählich zunimmt und teilweise die Mitarbeit von Psychotherapeuten und klinischen Psychologen in Gang kommt.

Über die psychischen Erscheinungen und die neurotischen Strukturanteile der Persönlichkeit mit tetanieformner Symptomatik wurde bisher durch etliche Veröffentlichungen einiges zusammengetragen. Darüberhinaus ist die nosologische Einteilung der Anfallsformen nach physiologischen und patho-physiologischen Gesichtspunkten erfolgt.

Unsere Studie wird sich auf empirischer Grundlage mit der psycho-sozialen Dynamik der Hyperventilationstetanie beschäftigen. Wir wollen hierzu als Grundlage unserer noch zu treffenden Aussagen den unmittelbar subjektiven Erlebnisbereich des Hyperventilationstetanikers in psychologischer Bedeutung mittelbar durch psychometrische Verfahren erfassen und hinterfragen, um aus dem gegebenen Antwortmaterial Rückschlüsse zu ziehen über die Verarbeitung der libidinösen und aggressiven Impulse sowie über die spezifischen Abwehrmechanismen.

Die Anregung zu dieser Studie erhielt ich von meinem Universitätsprofessor, Herrn Dr. H. BACH, der als Psychoanalytiker die Hyperventilationstetanie über viele Jahre hinweg in seinen Analysen studieren und verstehen lernen suchte. Herr Prof. BACH hat es mir möglich gemacht - vermittelt durch das Institut für Psychotherapie Berlin - eine statistisch ausreichende Anzahl (21 Probanden für die Stichprobe; 20 Probanden für die Kontrollgruppe) von Patienten für die geplante psychologische Untersuchung zur Mitarbeit zu bewegen. Hierfür und für die intensive Betreuung meiner Arbeit über viele Jahre danke ich Herrn Prof. BACH.

Mein weiterer Dank geht an den Psychosomatiker und Psychoanalytiker Herrn Dr. U. RIEBEL im Städtischen Krankenhaus von Neukölln, der aufgrund seiner langjährigen Erfahrungen mit Krisenintervention besonders bei Patienten mit psychosomatischen Störungen kritisch an der Erstellung des Fragebogens helfen konnte. Er machte es mir außerdem möglich, dort zu hospitieren, so daß ich gemeinsam mit ihm bei Klienten in Tetaniekrisen anwesend sein konnte.

Ich danke Herrn Prof. D. BECKMANN aus Gießen für das einmalige aber unterstützende Gespräch bezüglich des

Einsatzes des Gießen-Testes und der Konstruktion des Fragebogens.

Allen analytisch tätigen Diplom-Psychologinnen (en), die am "Experten-rating" zur Validierung des Fragebogens mitgewirkt haben, danke ich für die wertvollen Hinweise zur Verbesserung meines ersten Entwurfs.

Herrn Dipl.-Ing. J. REKER aus dem Klinikum Steglitz, Berlin, danke ich für die Weiterhilfe bei der Erlangung eines Überblicks über die themenbezogene Literatur.

Das Institut für Psychotherapie stellte mir für die Gespräche und die psychologischen Untersuchungen mit den Patienten über einen sehr langen Zeitraum einen geeigneten Raum zur Verfügung. Mein Dank gilt der Verwaltung dieses Institutes.

Das tetanische Anfallssyndrom

Ein chronologischer Rückblick auf die wissenschaftliche und klinische Erforschung der Tetanie zeigt die Entwicklungsschritte der Abgrenzung des Syndroms der Hyperventilationstetanie als ein ätiologisch eigencharakteristisches Syndrom im Formenkreis der heute bekannten Tetanieformen. Eine in dieser Hinsicht zusammenfassende Darstellung des Tetaniesyndroms überhaupt und die sich anschließende Diskussion sollen unmittelbar zu unserer Fragestellung und Hypothesenbildung führen, die in Kapitel 3 formuliert sind.

Als CORVISART 1852 den Begriff der Tetanie zur klinischen Anwendung einführte, meinte er damit den klassischen Anfallsverlauf der Tetanie, ungeachtet der Verschiedenheit in Ätiologie und den Pathomechanismen. Der Hinweis, daß es in der Mehrzahl junge Menschen sind, die tetanische Symptome mit manifester Anfallsform aufweisen, wurde erstmals von CORVISART gegeben.

Die Überlegungen zur Ätiologie und Pathogenese der Tetanie waren in ihren Anfängen einseitig somatisch bestimmt, was dem Stand damaliger medizinischer Diagnostik und Therapie entsprach. Das heißt in unserem Falle, daß psychogenetische Überlegungen zum Anfallsgeschehen nicht erörtert wurden und mögliche psychische Begleiterscheinungen bei der Tetanie auf wissenschaftlicher Ebene über längere Zeit hinweg unbeachtet blieben.

Der Anfall wurde charakterisiert durch tonische Verkrampfungen der oberen und unteren Extremitäten. Der muskulären Verkrampfung voraus gingen Parästhesien in den Händen und Beinen mit teilweiser Ausstrahlung in umliegende muskuläre Gebiete. Im Detail zeigten die oberen Extremitäten im Verlaufe des Krampfes in den Ellbogen

angewinkelte Arme mit einer typischen Stellung der Finger und Hände, die später als "Pfötchenstellung" oder auch als "Geburtshelferstellung" von Klinikern so genannt wurde.

Heute wissen wir darüberhinaus, daß die Tetanie in den unteren Extremitäten so verläuft, daß die Beine krampfartig gestreckt werden und die Füße nach innen sich drehen ("Pedalspasmus"). Die Gesichtsmuskulatur bleibt im Anfall von der Verkrampfung nicht verschont. Die Mundpartie versteift sich zum "Karpfenmund" (BEHRENDT und FREUDENBERG, 1923) und findet im "Schnauzkrampf" seinen Höhepunkt, wobei der Kehlkopf und die Speiseröhre in Mitleidenschaft gezogen werden ("Oesophagusspasmus"). Die über mehrere Minuten (3 - 15 Minuten, BACH, 1964) anhaltenden Krampfsymptome verschwinden mit Beendigung des Anfalls wieder in umgekehrter Richtung ihres Erscheinens.

Die Frage, ob das Tetaniegeschehen ein primäres Leiden sui generis ist oder eher eine sekundäre Folge auf Organerkrankungen vielfacher Art sei, stand um die Jahrhundertwende im Mittelpunkt der Diskussionen. Wie JESSERER (1956) schreibt, blieb trotz des großen Forschungsinteresses bedeutender Kliniker die Ätiologie "lange Zeit in Dunkel gehüllt". Erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts überzeugte die Meinung, daß die Tetanie "kein in sich abgeschlossenes, ätiologisch klar abzugrenzendes Krankheitsbild ist" (QUANDT/PONSOLD, 1959). Die Kliniker entdeckten und beschrieben eine Anzahl von Grundleiden, die als Ursache für die tetanische Anfallssymptomatik anzusehen seien. Im besonderen wurde die postoperative Beschädigung der Nebenschilddrüse hervorgehoben, die zu einer bedeutenden Epithelkörpercheninsuffizienz führen kann und dieser pathologische Zustand schließlich zum Auslöser der Tetanie wird, weil durch eine mindere Ausschüttung an Parathormonen

(Hypoparathyreoidismus) ein Calciummangel entsteht.

CURSCHMANN schildert im Jahre 1904 in anschaulicher Weise seine Erfahrungen mit einer zu seiner Zeit noch wenig diskutierten Form der Tetanie, die er als "Pseudotetanie" deshalb entlarvte, weil er sie den Mischformen bei Hysterie zuordnete, in ähnlicher Weise wie die Epilepsie. Die Hysterie könne, CURSCHMANN folgend, in eindeutiger Weise die Erscheinungsformen der Tetanie - sowohl subjektiver als auch objektiver Art - nachahmen. Der ERB'sche Phänomen wurde seiner Meinung nach zum entscheidenden Kriterium, ob Tetanie oder Hysterie vorliegt, da das wichtige ätiologische Kriterium des Calciummangels noch nicht bekannt war. CURSCHMANN hält in den Fällen der Pseudotetanie das ERB'sche Phänomen für nicht nachweisbar und bewertete es als "das differentialdiagnostische Kardinalsymptom zwischen der genuinen Tetanie und der Pseudotetanie" (CURSCHMANN, 1904).

1907 veröffentlichte v. FRANKL-HOCHWART seine Monographie über die "Tetanie der Erwachsenen", in der er auf das Tetaniegeschehen bei sonst gesunden Menschen hinweist und eine typenartige, ätiologische Klassifizierung der Tetanie bei Magen- und Darmaffektionen, bei Infektionskrankheiten, bei exogenen Vergiftungen, bei der Maternität, bei Kropf-Exstirpation und bei organischen Nerven-Krankheiten gibt.

Ausgehend vom manifesten Anfallsgeschehen, d. h. der muskulären Verkrampfung, wurden um die Jahrhundertwende in der klinischen Praxis die mechanischen und elektrischen Messungen von CHVOSTEK, TROUSSEAU und ERB zum Achsensyndrom der Tetanie zusammengefaßt und als klinischer Nachweis für eine Disposition zur "nervösen Erregbarkeitssteigerung" postuliert.

Das CHVOSTEK'sche Phänomen beschreibt das schreckartige Zucken der Gesichtsmuskulatur beim Beklopfen des

Facialisstammes unter dem Ohr, wobei differentialdiagnostisch eine Unterscheidung nach CHVOSTEK I, CHVOSTEK II und CHVOSTEK III zu machen war, worauf wir in unserer Arbeit nicht näher eingehen wollen, zumal ausführliche Beschreibungen dieser Phänomene bei QUANDT/PONSOLD (1959) zu finden sind.

Das TROUSSEAU'sche Phänomen ist beobachtbar nach Umlegen einer schnürbaren Armbinde um den Oberarm mit anschließender Kompression. Der Nachweis verläuft positiv, sobald Parästhesien fühlbar werden und der typische Muskelkrampf in der Hand sich einstellt.

Unter dem ERB'schen Zeichen versteht man - gewonnen aufgrund der galvanischen Methode - die erhöhte neuromuskuläre Erregbarkeit der motorischen Nerven, was als ein wesentliches diagnostisches Kriterium herausgestellt wurde. Fehlte das ERB'sche Zeichen, sprach in jedem Fall dieses Ergebnis gegen die Diagnose Tetanie; fehlte das CHVOSTEK'sche und das TROUSSEAU'sche Zeichen, so war eine Tetanie nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen. Trafen außerhalb des Anfalles alle drei Zeichen zusammen, so wurde dieser Zustand in der klinischen Diagnostik zum unumstößlichen Beweis für eine Tetanie bzw. als eine organische Bereitschaft zur Tetanie erklärt.

LANDAUER (1922, S. 532) zitiert zur Beschreibung seiner diagnostischen Kriterien der Tetanie den Autor PHLEBS: "Tetanie ist charakterisiert durch Chvostek, Trousseau und Erb, zusammen mit einigen seltenen Phänomenen und mit bestimmten trophischen Störungen. Ihre klassische klinische Form kann auf (teilweiser) Ausschaltung der Epithelkörperchen beruhen, wahrscheinlich als Ausdruck eines verminderten Kalkgehaltes des Blutes."

Die physiologischen Symptome der Tetanie - jetzt als "latente Tetanie" begrifflich zusammengefaßt - und das Anfallsgeschehen einer manifesten Tetanie selbst bildeten gemeinsam den Symptomenkomplex, dem ein allgemeiner Zustand

der Übererregung des zentralnervösen Systems zugrunde liegen sollte, der ätiologisch durch die Epithelkörpercheninsuffizienz primär verursacht sei.

Als LANDAUER 1922 zum Thema "Tetanoid" schrieb, daß neben der Tetanie, die im Zusammenhang mit einer Epithelkörpercheninsuffizienz entsteht, seiner Ansicht nach ebenso "affektiv" wie "cerebral" verursachte Tetanieformen nachzuweisen wären, formulierte er gleichzeitig die Forderung: "...das alles, was bisher schlechthin Tetanie hieß, muß einen einschränkenden Zusatz: endokrin, erhalten" (S. 533), sonst sei sie affektiv oder cerebral bedingt.

Seiner eigenen Forderung an die Kliniker, mit einer eindeutigen differentialdiagnostischen und nosologisch klaren Bestimmung der Tetanie zu arbeiten, kam er selbst nach, indem er drei Hauptgruppen für die Klassifizierung der Tetanie vorschlug:

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| I. Hauptgruppe: | Endokrine Tetanien |
| | postoperative Tetanie |
| | Graviditätstetanie |
| | Spasmophilie |
| | Tetania adolescentium |
| II. Hauptgruppe: | Affekttetanie |
| | traurige Verstimmung |
| | Angst |
| | Psychogenien |
| | symptomatische Neurasthenie |
| | und endogen Nervöse |
| III. Hauptgruppe: | Cerebrale Tetanien |
| | Encephalitis |
| | (bei allen cerebralen |
| | Erkrankungen, d. Verf.) |

LANDAUER 1922, S. 542

In der Rubrik "Affekttetanie" erwähnt LANDAUER neben den Gemütsbewegungen Trauer und Angst den emotionalen Affektzustand der Wut. Er schreibt: "Hier fassen wir diejenigen

Fälle zusammen, welche tetanoide Symptome auf der Basis eines pathologischen oder eines normal psychologisch verständlichen aber pathologisch fixierten oder gesteigerten Affektes zeigen. Es handelt sich hierbei in der Hauptsache um die beiden Gemütsbewegungen Trauer und Angst, bei deren schon physiologisch somatischem Ausdruck sich tetanoide Erscheinungen finden. Zwar zeigt auch die Wut und (andere Affekte) ähnliche Ausdrucksbewegungen. Jedoch sind immerhin die Phänomene so eigenartig, daß ich sie von den hier zu besprechenden absondern zu müssen glaube; eher ähneln sie dem Epilotetanoid." (LANDAUER 1922, S. 545)

Für LANDAUER war es somit nicht mehr fraglich, daß alle Tetaniesymptome auf eine Epithelkörpercheninsuffizienz und damit folglich auf einen Kalkmangel im Blutkreislauf zurückzuführen seien und wies diesbezüglich schon auf die "Überlüftungstetanie" hin.

LANDAUER prägte den Begriff des "Tetanoid", der alle Erscheinungen des tetanischen Symptomenkomplexes umfassen sollte. Er ging davon aus, daß drei Symptomenkomplexe zu beachten seien, die sowohl "endokrin", wie "thymogen", wie "zentral" bedingt sein könnten.

Was die "Überlüftungstetanie" betraf, so soll bereits der Engländer VERNON um 1909 über Beobachtungen von Tetaniesymptomen bei gesteigerter Atmungsfrequenz berichtet haben (nachzulesen bei PORGES/FREUDENBERG, 1922). Es scheint uns aber in dieser Wiedergabe unklar zu sein, ob es sich bei VERNONs Darstellung eindeutig um eine "Überlüftungstetanie" oder um ein hysterieformies Syndrom handelte, da PORGES und FREUDENBERG in ihren Ausführungen nicht näher auf diesen Aspekt eingingen.

1923 veröffentlichten BEHRENDT und FREUDENBERG Beobachtungen zur "Atmungstetanie". In ihrer Abhandlung spiegelt sich u. E. nach die damals zeitgemäße Diskussion um die Ätiologie des tetanischen Symptomenkomplexes in eindrucksvoller Weise wider. Diese Autoren postulierten, daß nicht der Kalkmangel die einzige Ursache für die Auslösung der vielfältigen Tetaniesymptome sein könne. Als Beweis für

ihre Hypothese wurde auch von ihnen die "Atmungstetanie" angeführt, die nachweislich ohne Verminderung des Blutkalkes entstehe. Diesen Autoren zufolge ist nicht die Blutkalkminderung an sich, sondern der Mangel an Ca-Ionen der ursächliche Faktor bei allen Tetanieformen.

BEHRENDT und FREUDENBERG gaben zu bedenken, daß die Annahme des Ca-Ionenmangels und die "Kaliumerregung" als Erklärungsprinzip nur einen "Rahmen" in der Pathogenese der Tetanie abgeben würde. Der kausale Zusammenhang von Ca-Ionenmangel und Tetaniesyndrom war bis zu dem damaligen Zeitpunkt nicht genau geklärt aber vermutet gewesen. Die Autoren gelangten zu der Überzeugung, daß sich die Tetaniesymptome aus dem sich verändernden bio-chemischen Haushalt entwickeln würden. Sie stützten ihre These auf eigens durchgeführte Versuche mit der experimentellen "Atmungstetanie". In der genannten Veröffentlichung berichteten BEHRENDT und FREUDENBERG über die zur selben Zeit durchgeführten Versuche von HALDANE, der die "Atmungstetanie" als Folge einer Anoxämie zu begründen versuchte. Die verstärkte Atmung soll dessen Ansicht nach zu einer Alkalosis führen, was wiederum eine größere Atabilität des Hypooxyhämoglobins verursacht und einen verstärkten Austausch von Sauerstoff und Kohlensäure im Gewebe zur Folge habe mit dem Ergebnis, daß bei verstärkter Atmung ein Sauerstoffmangel entstehe. Das Einatmen von kohlensäurehaltigem Gemisch oder reinem Sauerstoffs mache den Mangelzustand und die damit einhergehenden Beschwerden rückgängig.

BEHRENDT/FREUDENBERGs Hypothese war, daß die Krampfphänomene der Tetanie nicht über die motorischen Nervenbahnen ausgelöst würden, sondern primär von dem bio-chemischen Milieu der beteiligten Muskelgebiete abhängig seien bzw. zustände kämen. Ihre Hypothese beruhte erneut auf der grundlegenden Bedeutung des gestörten Ca-Ionenhaushaltes für die Krampferscheinungen.

Gleichzeitig aber verzichteten sie nicht auf den Hinweis anderer, die sagten, daß die muskulären Krämpfe zentral, d. h. über die Erregung bestimmter Hirnteile erfolgen. Sie ließen aber erkennen, daß eine Beteiligung des Zentralnervensystems beim Karpalkrampf in Erwägung zu ziehen sei, während die tonischen Verkrampfungen ihrer Erfahrung nach nicht auf dem Wege der motorischen Bahnen innerviert würden.

Hier kommen u. E. nach noch einmal die in vielfältiger Hinsicht unterschiedlichen Ansätze der zwanziger Jahre in der klinischen Forschung der Tetanie zum Ausdruck.

Zur Ätiologie und Pathogenese sowohl der calzipriven als auch der normocalzämischen Tetanie äußerte sich FONFGELD (1928) im Einklang mit den meisten Autoren seiner Zeit in einer eindeutig somatisch orientierten Stellungnahme. Er hielt die Annahme für erwiesen, daß Tetanien stets durch eine Hypofunktion der Epithelkörperchen ausgelöst wurden. Voraussetzung für die manifeste Verkrampfung der befallenen Muskulatur sei der humorale Ca-Mangel und die Verschiebung der Ionenverhältnisse. Zur Stützung seiner Theorie führte FONFGELD den AT-10-Versuch in die klinische Praxis ein. In der Anwendung dieses Verfahrens erhielt der an Tetaniesymptomen leidende Patient über eine Anzahl von Tagen eine gleichbleibende Menge eines Kalzinosepräparates zur Einnahme. Stieg daraufhin der Kalziumspiegel, so lag seiner Überzeugung zufolge keine Epithelkörpercheninsuffizienz vor. Ließ sich das Gegenteil registrieren, konnte davon ausgegangen werden, daß eine Insuffizienz vorlag.

Der AT-10-Versuch kam in der Folgezeit vielfach zur Anwendung, aber auf Dauer mit geringem diagnostischen Erfolg, so daß der AT-10-Versuch als eine nicht überzeugende, eher unsichere und unzuverlässige Methode allgemein für unbrauchbar erklärt wurde.

Aber es darf der Hinweis nicht unterdrückt werden, daß bis heute noch, wenn auch schon weniger, AT-10 als "antitetanie" Medikament verabreicht wurde. Weiterhin sei erwähnt, daß FÜNFELD anlehnend an die tierexperimentellen Untersuchungen von MAC CALLUM, LANZ, BIEDL u. a. m. davon ausging, daß das Zentralnervensystem an der Pathogenese der tetanischen Krampfanfälle beteiligt sei. Er hielt BEHRENDTs und FREUDENBERGs Hypothese nur in einer Hinsicht für nachdenkenswert, daß nämlich "die periphere Komponente eine wesentliche Ursache vorwiegend der Muskelkontraktion darstellt, während die Haltung (der verkrampften Extremitäten, Anm. d. Verf.) zentralen Ursachen ihre Entstehung verdankt." (S. 388)

Zu Beginn der dreißiger Jahre ging MENNINGER-LERCHENTHAL (1931) noch einmal auf die Diskussion von Tetanie und "Pseudotetanie hysterica" ein. Er ließ dabei nicht außer acht, daß bei einer manifesten Tetanie als Auslöser psychisch-suggestive Einflüsse maßgebend sein könnten, womit sich der Autor in diesem Punkt der Meinung von CURSCHMANN anschloß. Beim Studium der von ihm exemplarisch dargestellten Fälle ist die Bedeutung der "emotiven Erregung" bei der Auslösung krampfartiger Zustände nicht zu übersehen. Die Vermischung der Symptombilder Tetanie und Hysterie oder Tetanie und Epilepsie oder im Extremfall auch alle drei vereint, erschweren uns im Rückblick zweifellos ein verlässliches differentialdiagnostisches Vorgehen. Ein Hinlenken auf eine modernere psychosomatische Betrachtungsweise scheint MENNINGER-LERCHENTHAL am Ende seiner Ausführungen doch noch anzustreben, wenn er schreibt,

"daß die Lehre von der Hyperventilationstetanie geeignet wäre, alle nicht genuinen (hypoparathyreoiden) Tetanieanfälle von einem neuen Gesichtspunkte aus zu betrachten, wobei auch die Pseudotetania hysterica auf ein Minimum zurückgehen würde." (S. 592)

MENNINGER-LERCHENTHALS Forderung nach neuen Überlegungen zur Hyperventilationstetanie erhielt erst fast ein Jahrzehnt später ihre verdiente Würdigung durch FREUDENBERG, ROSSIER und daran anschließend durch PETTE. Als FREUDENBERG (1939) erneut das Thema Tetanie aufgriff, schien ihm die Annahme eines grundsätzlichen Ca-Mangels bei Tetaniephänomenen nicht mehr so eindeutig nachweisbar zu sein. Der inzwischen eingeführte klinische Begriff der normokalzämischen Übererregbarkeit bzw. der normokalzämischen Tetanie erhielt mehr Beachtung, zumal jetzt die Ansicht, daß es zu einer erhöhten neuromuskulären Erregbarkeitssteigerung ohne Ca-Mangelzustand im Blut kommen könnte, mit weniger Zweifel belegt wurde. FREUDENBERG stützte sich in seinen Ausführungen auf die Kasuistik zweier Tetaniefälle aus eigener Praxis, bei denen trotz neuromuskulärer Übererregbarkeit keine Ca-Veränderungen zu beobachten waren. Der Beteiligung der Hyperventilation gab auch er einen auslösenden Stellenwert im Gesamtgeschehen der tetanischen Verkrampfungen, während er für das Zustandekommen einer manifesten Tetanie die individuelle Disposition als das Entscheidende betrachtete, die ihren Ausdruck in der erhöhten elektrischen und mechanischen Erregbarkeit der motorischen Nerven fand.

Der Schweizer ROSSIER (1939) sah den Wandel in der Auffassung von der Pathogenese der Tetanie in der zunehmenden Erkenntnis über die "Atmungstetanie". Er hielt zwei große Tetaniegruppen nosologisch für sinnvoll, sobald es gelänge, labormäßig die Ca-Ionen im Blut exakt zu bestimmen:

erstens "Tetanien durch Änderung des Calciumspiegels, wie infantile, parathyreooprive Tetanien usw., bei welchen die Ionenmenge mit der Herabsetzung des Calciumspiegels absinkt"

und zweitens "Tetanien durch Alkalose, bei welchen der Kalkspiegel normal oder sogar erhöht ist, aber durch das Auftreten einer ausgesprochenen Alkalose eine Herabsetzung

der Zahl der Calciumionen erfolgt. Prototypen solcher Tetanien sind: Die Magentetanie und diejenige durch Hyperventilation." (S. 359)

Die wichtigsten Merkmale des Anfalles sah ROSSIER in der Periodizität der Beschwerden, in den Atemstörungen selbst, den Parästhesien und den Muskelverkrampfungen. Er beschrieb die Atmung im Anfallsgeschehen als voluminös und tief, was der Patient angstbesetzt erlebe, da er das Gefühl habe, sonst ersticken zu müssen bzw. gelähmt zu werden. Interessant ist weiterhin, daß ROSSIER nach der Ursache der Hyperventilation fragte, die er in den "neurotischen Zeichen" seiner Patienten sah, was ihm als Erklärung für die Bezeichnung "neurotische Atmungstetanie" diente. Es scheint so zu sein, daß hier erstmals in der Literatur sowohl die Psychogenese als auch die Zuordnung zur Neurose erfolgte. In den meisten Fällen seiner explorierten Patienten sollen die neurotischen Erscheinungen auf eine "Sexualneurose" zurückgehen. Die "Atmungstetanie" schätzte ROSSIER als eine sehr "polymorphe Affektion" ein, die s. E. leicht zu diagnostizieren und zu heilen ist. Diese Form der Tetanie soll häufiger anzutreffen gewesen sein, als man bislang vermutet hatte.

In der weiteren Diskussion um die Tetaniesymptomatik hatte PAMPUS (1940) eine kommentierte tabellarische Übersicht von Einzelsymptomen der sogenannten nicht postoperativen sondern konstitutionell bedingten latenten Tetanie - erarbeitet aus 70 Begutachtungen - in seiner Abhandlung zusammengestellt. Zum Blutbefund ließ sich feststellen, daß von den 70 untersuchten Patienten 30 % (12 männliche, 9 weibliche) hypokalzämisches Blut hatten. Bei mehr als 70 % war das CHVOSTEK'sche Zeichen positiv und bei 88,6 % lag die Kathoden-Öffnungs-Zuckung bei weniger als 5.0 Milliamp. (elektrische Erregbarkeit). Das TROUSSEAU'sche Zeichen zeigte sich nur in 10 % der Fälle in Verbindung mit der Hyperventilation. 41 Patienten erlitten ihren ersten

Anfall im Alter zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr. Als "Anfallsgelegenheit" wurden bei 31 Patienten beiderlei Geschlechts die "psychische Erregung" angegeben. Es folgte auf Platz 2 der Rangliste mit 23 Patienten die "Überanstrengung" und auf Platz 3 mit 15 Patienten (ausschließlich männlich!) "...meistens ohne besonderen Anlaß". Geschlechtsbezogen lag bei den weiblichen Patienten auf Platz 1 die "Anfallsgelegenheit" in der Betrachtung der "Beziehungen zu den Generationsvorgängen bei Frauen".

Obwohl bei 79,4 % der Patienten motorische tetanische Erscheinungen sichtbar waren (41 Patienten mit Pfötchenstellung der Hände, 20 Patienten mit Schnauzkrampf), verliefen 95,7 % der Anfälle mit einhergehender Bewußtlosigkeit. Der hohe Prozentsatz von Anfällen mit begleitender Bewußtlosigkeit läßt uns eher an Epilepsie als an Tetanie denken. PAMPUS sprach dann auch in seinen weiteren Ausführungen von "Übererregbarkeitsepileptikern", was offenbar eine Vermischung von latenter Tetaniebereitschaft und epileptoider Anfallsform in der Beurteilung dieser Verlaufsform ist.

Blicken wir noch einmal auf den psychischen Anteil, der bei der Auslösung der Anfälle nach Meinung des Autors beteiligt sein soll, charakterisierte PAMPUS ihn als eine Ansammlung von Affekten: "Aufregung, Angst, Schreck, Wut, Trauer, Heimweh oder überraschende Freude". (S. 48)

Nach dem 2. Weltkrieg - gegen Ende der vierziger Jahre - sind diese Begriffe wie "idiopathische Tetanie", "latente Tetanie" und "Hyperventilationstetanie" allgemein gebräuchlich. In dieser Zeit finden wir auch Anmerkungen zu einer vierten Form, der "larvierten Tetanie", mit der sich ESSEN (1948) in umsichtiger Weise beschäftigte. ESSEN umschrieb die "larvierte Tetanie" als eine "maskierte"

Form, die seiner Auffassung nach durch das Achsensyndrom ERB'sche, TROUSSEAU'sche und CHVOSTEK'sche Zeichen diagnostizierbar und auf diesem Wege von den drei genannten Tetanieformen unterscheidbar sei. Die Ausdrucksmöglichkeiten der Maskierung reichen von "banalen Herzstichen mit gelegentlich anfallsweisem Luftmangel" über "starkem Herzklopfen mit Frösteln und Schwitzen sowie Neigung zu Ohnmachten" hin "bis zum Bild der Angina pectoris mit krampfartigen Herzschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen und mehrere Stunden dauern können", ohne daß es zu manifesten Anfällen kommt. (S. 318)

Nach ESSEN kann von Fall zu Fall sogar die Tetanie maskiert als eine Magen-Darmerkrankung verlaufen mit einer Palette von Symptomen, wie zum Beispiel Klagen über Bauchdruck oder krampfartige Schmerzen im Leib mit Durchfällen. ESSEN hielt es für möglich, daß sich hinter einer Migräne oder Kopfschmerzen, hinter Asthma bronchiale sowie hinter Gallenkoliken oder epileptischen Verkrampfungen eine Tetanie verbirgt. Diese Vielfalt klinischer Symptomatologie demonstriert erneut die Schwierigkeit der Bemühungen und die starke Unsicherheit, die Tetanie als ein klar umgrenztes Syndrom zu bestimmen.

Auch LAUBENTHAL (1948) unterstützte die Meinung, daß bei larvierter Tetanie auf den manifesten tetanischen Krampfanfall als führendes klinisches Symptom verzichtet werden könne, zumal die Krampfmanifestation bei Patienten mit der weiter unten angeführten sonstigen Tetaniesymptomatik recht selten anzutreffen sei. Er hielt es für abwegig, nur über das Krampfsyndrom zur Diagnose Tetanie zu gelangen. Aus eigener Erfahrung hatte er bei 60 Patienten mit Tetaniesymptomatik in einem Zeitraum von 2 Jahren nur bei 10 Patienten Anfälle registriert.

Im Verlaufe seiner Untersuchungen kam LAUBENTHAL zu einer an der Häufigkeit orientierten Liste von "Tetaniesymptomen" bzw. "Begleitsymptomen":

- "1. Klagen über Müdigkeit, Leistungsinsuffizienz und gesteigerte nervöse Erregbarkeit;
2. Parästhesien (teilweise gefäßbedingter Art);
3. Gefäßstörungen (vasomotorischer Kopfschmerz, Migräne, abnorme Abkühlung der Extremitäten, Leichenfinger, Schwellungen der Finger, Herzbeschwerden, Ohnmacht);
4. Flüchtige Krampferscheinungen wie Steifigkeit in Händen und Füßen (ohne Entwicklung eines Anfalles);
5. Tetanische Anfälle, zerebrale Krampfanfälle;
6. Allergische Reaktionen bestimmter Art;
7. Gelenkbeschwerden;
8. Kataraktbildungen;
9. Magen-Darm-Störungen;
10. Trophische Störungen an Nägeln, Zähnen, Haaren, Knochen und Haut;"

Auch hier haben wir den Eindruck, daß eine Fülle von Symptomen mit etwas Gewalt in ein wie auch immer geartetes Tetaniesyndrom gezwungen wurden, wobei wahrscheinlich unklare Abgrenzungen gegen andere neurotische Konversionsbilder vorlagen; denn man muß sich vergegenwärtigen, daß zu diesem historischen Zeitpunkt die Neurosenlehre über Neurosenformen gehörige Fortschritte gemacht hatte.

LAUBENTHAL ergänzte das o. erwähnte Achsensyndrom der elektrischen und mechanischen Erregbarkeitssteigerung außerdem um die folgenden drei wesentlichen Kriterien: Hypokalzämie, positiver AT-10-Versuch, abnorme tetanische Reaktion bei Hyperventilation. Bei der endgültigen Diagnose sei darauf zu achten, daß die essentiellen Kriterien kombiniert aber nicht vollständig auftreten müssen, parallel zu den von ihm erwähnten akzidentiellen

Begleitsymptomen. Bezüglich der Pathogenese hatte LAUBENTHAL in der Richtung keinen Zweifel an seiner Überzeugung gelassen, daß dieser Vielfalt von Kriterien und Begleitsymptomen eine Erklärung wie die Minderfunktion der Nebenschilddrüse als die Krankheitsursache in Frage kommt; vielmehr hing er dem Gedanken nach, ob nicht Dysfunktionen übriger hormonaler Systeme mitbeteiligt sind. Die Beobachtung einer multiplen Dysfunktion im endokrinologischen System schien ihm bei den untersuchten Patienten möglich, bei denen sich in seltenen Fällen eine Nebenschilddrüseninsuffizienz feststellen ließ. Für LAUBENTHAL war - wobei er sich auf die Ausführungen von FONFGELD stützt - eine primär neurogene Auslösung von Tetanieverkrampfungen für nicht nachweisbar. Vielmehr ging er davon aus, daß bei "Dysfunktion" des Zentralnervensystems das "Hirn als Erfolgsorgan" als in Mitleidenschaft geraten zu beurteilen sei, woraus dann gegebenenfalls auf dem Umwege eine Nebenschilddrüseninsuffizienz diagnostizierbar wäre. Die Beteiligung einer "zerebralen Schaltstätte" für den Ablauf tetanischer Anfälle zog er in Erwägung.

PETTE (1948) ging im gleichen Jahr in seiner Arbeit auf das Zusammenspiel von "neurogenem" und "hormonalem" Funktionsablauf bei der Tetanie ein. Er hob in seiner Arbeit hervor, daß das endokrine System in einer Wechselbeziehung zum zentralen und vegetativen Nervensystem steht. Er sprach von "neuralen Impulsen", die in dieser Beziehung aufeinander einwirken und bei einer eventuellen Dysfunktion eines dieser Systeme das Gesamtsystem entsprechend gestört wird. Zum Beispiel bei der Tetanie ging PETTE von seiner Überzeugung aus, daß das "tetanische Syndrom in gleicher Weise einen neurogenen Entstehungsmechanismus" hat, "wie wir ihn für andere neurohormonale Störungen (Thyreotoxikose, Fett-Magersucht u. a.) seit

langem kennen und in seiner pathologischen Verquickung auch glauben deuten zu können". (S.288)

Was nun auf dieses "neuro-hormonale System" störend einwirken kann, wie es bei dem Tetaniesyndrom der Fall ist, so sind es nach Ansicht von PETTE psychische Erregungen bzw. Einwirkungen "exogener" oder "endogener" Art. In seiner Kasuistik berichtete er über Tetanieformen, bei denen in einer Prüfung des Blutkalkspiegels Normalwerte zu finden waren. Anfälle dieser Art ließen sich durch die Hyperventilation oder durch suggestive Maßnahmen provozieren. Medikamentöse Maßnahmen (Calcium, AT 10) zur Beeinflussung des Anfallgeschehens durch direkte Einwirkung auf den Kalkhaushalt des Patienten blieben ohne nennenswerten Erfolg. PETTE zieht in seinen Ausführungen den hypothetischen Schluß,

"daß eine funktionelle Insuffizienz der Epithelkörperchen, denen die Wahrung des ionalen Gleichgewichtes im Mineralhaushalt zweifellos in erheblichem Maße obliegt, nicht die alleinige Ursache des tetanischen Anfalls sein kann" (S. 294),

egal bei welcher Tetanieform auch immer.

In dieser Äußerung festigte PETTE noch einmal seine Position, daß die Auffassung, jedem tetanischen Geschehen würde primär eine Epithelkörpercheninsuffizienz zugrunde liegen (FONFGELD), nicht haltbar sein kann, sondern eine Störung des gesamten neuro-hormonalen Prozesses pathogenetisch von Bedeutung ist. Er schränkte zwar ein, daß eine primäre Epithelkörpercheninsuffizienz postoperativ (Strumektomie) möglich sei, und es daraufhin zu einer tetanischen Reaktion kommen könne, dieser pathogenetische Verlauf aber nicht auf jede Tetanieform zu beziehen sei - dieses sogar in den wenigsten Fällen. Seiner Überzeugung nach sei eine zentrale Genese, und zwar vom Zwischenhirn aus gesteuerte, für die Entstehung tetanischer Syndrome primär.

Als JESSERER 1956 seine umfangreiche Arbeit "Die Tetanie des Erwachsenen und ihre Grenzzustände" veröffentlichte, enthielt sie die bei PETTE angedeutete Gruppierung der Tetanieformen nach pathophysiologischen Gesichtspunkten. Maßgebend für die Zuteilung in den beiden Gruppen war der Nachweis einer Veränderung des Ca-Blutspiegels von den Normwerten. Er unterteilte in (A) hypokalzämische (hypoparathyreotische) und (B) normokalzämische (neurogene/zentralnervöse) Tetanieformen:

"A. Parathyreogene Tetanie

Recalcifizierungstetanie

Enterogene Tetanie

Tetanie infolge exogener Verminderung des Blutkalkgehaltes

Tetanie bei Nierenkrankheiten

Tetanie und Osteomalacie

B. Idiopathische Tetanien

Tetanische Gelegenheitsanfälle

Hyperventilations- oder Atmungstetanie

Tetanie bei Intoxikationen und Infektionen

Tetanie bei organischen Hirnprozessen

Maternitätstetanie (Graviditätstetanie)

Magen bzw. chloroprive Tetanie

Psychogene Anfälle unter dem Bilde einer Tetanie (Pseudotetanie)"

Obwohl der besondere Aspekt der Psychogenese bei den meisten Tetanien seit längerem mehr beachtet wurde, vermochte JESSERER bei dieser Art der Gruppierung als einem Gemenge von ätiologischen und phänomenologischen Einteilungsprinzipien einer Psychogenese nicht den gebührenden Platz einzuräumen; wenn er von Hyperventilationstetanie oder psychogenen Anfällen sprach, dann wurde ernsthaft zu einer Psychogenese nichts Eigenes beigetragen,

insbesondere keine psychodynamischen Momente wie Konfliktmuster etc..

Präziser erscheint uns da die Arbeit von QUANDT und PONSOLD (1959) zu sein, wo neben der Nebenschilddrüseninsuffizienz in einer umsichtigen Weise über die Normokalzämie und die Pathogenese des tetanischen Syndroms berichtet wurde. PONSOLD sah in einer mehrdimensionalen pathogenetischen Betrachtung des normokalzämischen Tetaniesyndroms die Chance, die einseitige Betrachtung des Problems der zentralnervösen Erregung aus Richtung ionalen Milieus zu überwinden und die Möglichkeit, wenigstens konstitutionelle Faktoren ("psychasthenische oder neuropathische Konstitutionen") und "exogene" Einwirkungen wie seelische Erschütterungen oder Konflikterlebnisse mit einzubeziehen.

Hier allmählich rückte unserer Meinung nach die menschliche Psyche im Zusammenhang mit dem Tetaniesyndrom mehr und mehr in eine breitere Diskussion vor. In der Zeit der fünfziger und sechziger Jahre hatten in der Tetaniediskussion soziale Aspekte an Priorität bei der Entstehungsinterpretation einer neurogenen Tetaniesymptomatik zugenommen. So tauchten bei PONSOLD unter der Voraussetzung einer vertiefter verstandenen Dynamik zwischen "innerem" und "äußerem" Milieu die Hinweise auf den Zusammenhang von affektivem Geschehen als auslösende Situation und neurogener zentral-nervöser Reaktionsbereitschaft mit anschließender normokalzämischer Tetaniesymptomatik auf.

Das Problem des tetanischen Syndroms in der Beziehung zur Psyche und des Erlebens stellt PONSOLD sogar in jeweils eigenständigen Kapiteln dar. Gleich zu Beginn seiner Ausführungen fragte PONSOLD nur noch rethorisch, ob die psycho-vegetative Verfassung der Tetaniepatienten eine

Reaktion auf die sich manifestierende normokalzämische Tetanie sei - etwa in dem Sinne von FONFGELD, daß es sich um eine somatische Grundstörung handle. Aber er widersprach dieser Ansicht durch eine klare Verneinung der Beteiligung des endokrinen Systems, da erstens bei der normokalzämischen Tetanie der Ca-Haushalt keine Normverschiebung aufweise und zweitens die Verursachung für die normokalzämische Tetanie in "abnormen Erlebnisreaktionen" der Persönlichkeit zu finden sei; eine konstitutionelle und psychische Disposition sei zu berücksichtigen.

Nach PONSOLD ist demnach die normokalzämische Tetanie eine dem Sinne nach "funktionelle Störung der höheren Nerventätigkeit", begleitet von "vegetativ-dystonen Symptomen" und einer "erhöhten Labilität" gegenüber dem inneren Milieu.

"Wenn man sich von der Gleichsetzung: 'Tetanische Symptomatik gleich Epithelkörpercheninsuffizienz' freimacht und an das normokalzämische tetanische Syndrom mit der Voraussetzung herangeht, daß es sich hierbei um eine funktionelle Störung der höheren Nerventätigkeit handelt, die von vegetativ-dystonen Symptomen begleitet ist und durch eine gesteigerte Labilität gegenüber inneren Milieuverschiebungen charakterisiert ist, wobei die Hypokapnieempfindlichkeit besondere Bedeutung hat, kommt man den ätiologischen Faktoren dieses Syndroms am nächsten." (S. 140)

Einen Schritt weiter, über QUANDT/PONSOLD hinaus, geht ROSE (1965), indem er eine mehrdimensionale, poly-ätiologische Beurteilung der Tetanie einführt. Was die Psychogenese angeht, hält er es für sehr bedenklich, bestimmte Charakterstrukturen oder Persönlichkeitstypen dem Tetaniesyndrom zugrunde zu legen. Dieses sei in der Vergangenheit und heutzutage bislang nicht überzeugend gelungen, was im gleichen Umfange auf die Beschreibungen äußerlich übereinstimmender Situationen bei Tetaniepatienten zutreffe. Im übrigen wird durch ROSE bestätigt,

was sonst für die moderne Erforschung der Psychosomatosen gilt, daß einer Zuordnung von Charakter oder Typ nicht erlaubt ist, zum Beispiel der Ulcustyp.

Wir wollen an dieser Stelle unsere chronologische Rückschau auf die Erforschung und Klinik der Tetanie beenden, da die polyätiologische Betrachtung der Tetanie dem gegenwärtigen Stand der Forschung entspricht. Es war nicht unsere Absicht, eine geschlossene Literaturübersicht aus mehr als 100 Jahren, die zum Thema vorliegt, zu referieren. Es ging uns vielmehr darum, einen sogenannten "roten Faden" durch die verschiedenen wissenschaftlichen Ansätze und Standorte seit der Jahrhundertwende zu ziehen, um im Anschluß daran allein die hyperventilatorisch-neurogene Tetanie aus der jetzigen Forschung besonders herauszuheben, um sie später unter psycho-sozialer Sichtweise zu diskutieren.

Die Hyperventilationstetanie

Betrachten wir die typische Verlaufsform der Hyperventilationstetanie in ihren Ablaufphasen zusammenfassend aus der bisherigen Literatur, so zeigt sich, daß anfangs aus einer emotional bestimmten Erlebnissituation heraus die psychisch ängstlich- und physisch anscheinend krampfdisponierte Persönlichkeit mit einer verstärkten Überatmung durch kurze, heftige Atemstöße reagiert. Hierbei ist das schnelle Atmen nicht als auslösendes Ereignis zu betrachten, vielmehr erzeugt das dem Anfall vorausgehende Konflikterleben die Mehratmung. Ausdrucksmäßig läßt sich dieses Verhalten als "nach Luft schnappend" beschreiben. Ohne Angsterlebnis - vor der Überatmung oder begleitend - kommt es zu keiner progressiven Hyperventilation, es sei denn, die Hyperventilation wird willentlich provoziert. Dann lassen sich auch bei "normaler" Disposition nach ungefähr 10 Minuten hyperventilatorischer Atmung Tetaniesymptome provozieren. Die Auslösesituation als ein stark emotional gefärbter Erlebnisakt wirkt als eine mißliche Erfahrung in besonderer Weise auf das "innere Milieu" des so betroffenen Menschen ein und löst auf der Schiene der durch Angst hervorgerufenen Hyperventilation, zum Beispiel über Enttäuschungsgefühle, auf der somatischen Seite im motorischen Bereich einen neuro-muskulären Übererregbarkeitsprozeß aus. Die eigentlichen Tetaniesymptome zeigen von Fall zu Fall unterschiedliche Ausdrucksformen, bis hin zum klassischen Anfall.

Überspringen wir noch die tetaniebedingende Erlebnissituation, da dieser Bereich der eigentliche Mittelpunkt unserer Untersuchung wird und wenden uns jetzt im einzelnen dem Phänomen der neuro-muskulären Verkrampfung bei der Hyperventilationstetanie zu. Die Hyperventilationstetanie löst nach klinischen Erfahrungen und dem jetzigen Stand

der Forschung eine Reihe von bio-chemischen und neuro-muskulären reversiblen Veränderungen im menschlichen Organismus aus. Das Ergebnis beginnt damit, daß durch die verstärkte Atmung die Lungenalveolen häufiger als gewöhnlich mit Luftgemisch gefüllt werden. Zwangsläufig wird vermehrte Kohlensäure abgeatmet. Die reaktive Alkalose des Blutes wird durch die gesenkte Kohlensäurespannung oder durch die Abnahme der Calcium-Ionisation in den Arterien ausgelöst und führt direkt zur Verkrampfung von Partien der quergestreiften Muskulatur.

Formel nach SZENT - GYURGYI:

K	Phosphate	HCO_3
Ca	Mg	H

(BACH, 1976, Diavorlage)

Das individuelle Krampfbild der Hyperventilationstetanie ist in seiner Darstellungs- und Erlebnisform abhängig von der konstitutionellen Bereitschaft und psychischen Disposition.

Kommt es im Laufe der Krise zur Hyperventilation und deren pathophysiologischen Folgen, ist nach Angaben der Kliniker bei der Therapie darauf zu achten, daß die entstandene Alkalose auf schnellstem Wege wieder beseitigt wird. Dieses kann geschehen, indem der Patient in eine Plastiktüte, ein Taschentuch oder einen ähnlichen Gegenstand atmet. Auf diesem Wege hat der Patient die Möglichkeit, die eigene ausgeatmete kohlensäurehaltige Atmungs-luft erneut einzusatmen. Die Kliniker empfehlen, daß der Gegenstand, in den geatmet wird, an seiner Öffnung nicht rundum verschlossen ist, damit sich eine geringe Menge

Frischlucht beimischen kann. Ein möglicher Sauerstoffmangel ist zu vermeiden. Dieses "Tütenatmen" erhöht die arterielle Kohlensäurespannung bis zur Normalisierung der Werte. Erfahrungsgemäß ist der Normalzustand nach 10 Minuten wieder erreicht. Der Patient ist aufgefordert, während dieser Zeit ruhig und gleichmäßig zu atmen, wobei es hilfreich ist, wenn er zwischenzeitlich für einige Augenblicke die Atmung einstellt.

HENDRIK u. Mitarbeiter (1971) erlebten bei ihren Patienten immer wieder eine verminderte Ansprechbarkeit und eine kaum wahrnehmbare Bereitschaft, sich therapiegerecht in dieser schwierigen Situation zu verhalten, was die Arbeit des Helfers im akuten Anfall äußerst schwierig macht. Die Patienten gehen dessen Erfahrung nach nicht auf die Anweisungen des Arztes, mit dem Ventilieren aufzuhören, ein. Das Patientenverhalten wird von den Autoren als eine Regression auf infantiles Verhalten interpretiert, das eng verknüpft sein soll mit einer labilen, infantilen Persönlichkeitsstruktur.

Aus diesen Sätzen können wir nichts anderes als nur einen Widerstand ablesen, den der Kliniker in seiner anscheinenden Hilflosigkeit gegen die Krisensituation zum Ausdruck bringt, statt seine eigene Angst wahrzunehmen. Vor allen Dingen bleibt unberücksichtigt, daß die Hyperventilationstetanie nach Art eines Durchgangssyndroms tiefergreifende Funktionsstörungen im Sinne encephalopathischer Störungen (s. PRILL, 1974) hervorruft. Wir stimmen allerdings der Auffassung zu, daß mit dem Patienten ein situationsgerechtes Verhalten trotzdem trainiert werden sollte. Der Patient wird durch dieses Training und durch die Sicherheit des Arztes erfahren, daß sein momentanes Leiden ein vorübergehend harmloses ist und die Beendigung des Anfalles auf dem vorgeführten Wege allein herbeigeführt werden kann. Ein schnelles aber bedachtes Handeln im

beschriebenen Sinne kann gegebenenfalls einen sich ankündigenden Anfall vorzeitig kupieren. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vermag der Patient eine anfallsauslösende Erwartungsangst vor dem nächst möglichen Anfall verlieren und seine Einstellung zum pathophysiologischen Ablauf dahingehend verändern, daß er eine dem Anfall vorbeugende Haltung einnehmen kann, da das einsetzende Angstgefühl seine Bedrohlichkeit im Laufe der Zeit für den Patienten verlieren könnte - aber nicht seine Haltung zur auslösenden Konfliktsituation. Die häufig benutzte intravenöse Kalziuminjektion wird in diesen Fällen - auch bei ambulanter Hilfe - ohne primär physiologisch-therapeutische Wirkung sein, da ansich die Hyperventilationstetanie normokalzämisch ist. Aber sie scheint doch in der Ionenverschiebung eine Rolle zu spielen; einerseits wirkt Kalzium intravenös auf den PH Wert, andererseits ist erwogen worden, daß ional Kalzium eine cerebral beruhigende Wirkung hat. Mehr aber dürfte die krampf lösende Wirkung nach der Injektion auf Suggestivwirkung und der Zuwendung überhaupt beruhen. Aus der Sicht der psychodynamisch orientierten Psychologie wird dem Patienten in der Krise ein konkretistischer Anhalt für ein organisches Leiden geliefert, was durch die medikamentöse Behandlung unterstrichen wird, so daß diese Art von Therapie unserer Auffassung nach der Verschleierung der wahren Verursachung zu sehr Vorschub leistet. Auf lange Sicht praktiziert, ist zu erwarten, daß der Patient auf ein organmedizinisches Verständnis seiner Symptomatik fixiert wird und auch bleibt, mit der Folge, daß sich eine ätiologisch richtige Behandlung des Leidens durch eine Psychotherapie im Anschluß äußerst schwierig gestalten wird. BACH (1968) berichtet über diese besondere Problematik und über weitere Behandlungswiderstände bei Patienten mit Tetaniesymptomatik. Seiner Erfahrung nach suchen die Patienten regelrecht nach einem Arzt, der sie in ihrer Meinung, daß die Tetanie somatischen Ursprungs ist, durch eine medikamentöse

Therapie bestätigt.

Ließ sich in einem akuten Anfall die Hyperventilation nicht direkt diagnostisch ausmachen oder gaben die Patienten nicht gleich einen verbalen Hinweis - immer vorausgesetzt, daß dieses dem Patienten in der Krise möglich ist - auf ein verändertes Atmungserleben, so führt später in der Regel die sich anschließende spezielle Anamnese des Patienten zum gewünschten Erfolg. Die Patienten können nur über eine verschwommene Beobachtung ihres eigenen Anfalles berichten und auf diese Weise nicht verlässlich angeben, ob sie heftiger atmeten oder nicht. Die Anamnese gibt bei gut durchgeführter, eventuell halbstandardisierter Befragung hinweisende Kriterien für eine bestehende bzw. nicht bestehende Hyperventilation.

Ansonsten finden sich in der neueren Literatur (DRUNKENMÖLLE) Andeutungen von Fehldiagnosen im Sinne zu simpler Etikettierungen: "Epilepsie", "Hypokalzämie" oder auch "Tetanie" ohne weitere differentialdiagnostische Angaben. Diese "Fehldiagnosen" lassen von unserer Sicht aus betrachtet eine unzureichende Informiertheit des behandelnden Arztes über die verschiedenen Tetanieformen vermuten, was zwangsläufig zu Ungunsten des Patienten ausgehen muß, da die sich auf die Fehldiagnose stützende Therapie implizit den diagnostischen Fehlschluß fortsetzt. Dieses Desaster der ungenauen Organ- und Psychodiagnostik bekommt der Patient spätestens dann zu spüren, wenn er mit seinem Leiden von Arzt zu Arzt läuft, ohne eine nennenswerte Linderung seines Leidens zu erfahren, was ihn zu einem gegebenen Zeitpunkt resignieren läßt oder ihn in seinem irrtümlichen Glauben an eine unbeeinflussbare, schicksalhafte Vorbestimmung stärkt. Der Patient sollte im allgemeinen erwarten können, daß der behandelnde Arzt in gleicher Weise wie

der behandelnde Psychotherapeut in etwa die Syndromgenese der Hyperventilation kennt. Es liegt aber auch an der Befindlichkeit des Patienten selber, der zu kurzfristigen Krisen neigt und zwischendurch im Alltagsleben oft ohne Leidensdruck zur Tagesordnung übergeht; erst die nächste Krise zwingt ihn zum Arzt.

HENDRIK u. Mitarbeiter (1971) geben eine ganze Reihe von Symptomen an, die zwar in der Mehrzahl Körpersymptome sind, aber auf ein Hyperventilationssyndrom hinweisen. Vordergründig soll nach HENDRIK eine ausgeprägte körperliche Müdigkeit, Angst und Panikstimmung imponieren. Dieser Zustand wird begleitet von Parästhesien in Fingern, Brust, Bauch und Gesicht. Es kann zu Bewußtseinsstörungen, Verkrampfung der Finger, Füße, des Gesichtes und Bauches kommen. Tremor, TROUSSEAU'sches Zeichen und positives CHVOSTEK'sches Zeichen sind zu beobachten. Weitere Anzeichen sind Zwangsweinen, Koma, Kollapsneigung, Dyspnoe, Beklemmungsgefühle in der Brust, Tachykardie, pektanginöse Schmerzen, Mundtrockenheit, Kältegefühl der Akren und Schlappeheit, Ruktus, Blähungen, Flatulenz und gelegentlich Harninkontinenz.

Neben den somatogenen Faktoren werden in der sonstigen Literatur typische psychische Momente geschildert, zum Beispiel bei PETTE (1948) zeigen die betreffenden Aufzeichnungen Menschen mit tetanischer Reaktion als "psychisch gespannt" und "überreizbar", verknüpft mit "Ängstlichkeit" und "depressiver Grundstimmung". Diese Menschen leiden angeblich oft unter "Phobien". HAAS (1972) spricht von einer "tief versteckten Lebensangst", die der Patient zu kompensieren versucht.

In DÜLLES (1964) Symptomentabelle sind verschiedene Zustände wie "Angst", "Spannung" und "Erwartungsangst" sowie eine inadäquate "Pseudoruhe", die sich auf hysterische Menschen beziehen soll, angeführt.

ROSE (1974) hat sich in seiner oben schon erwähnten Habilitationsschrift mit dem Symptomenkomplex der normokalzämischen Tetanie beschäftigt und ist über den Untersuchungsteil der testpsychologischen Diagnostik zu dem Ergebnis gelangt, daß folgende Psychosymptome bei Menschen mit normokalzämischer Tetanie auffällig sind: Depressivität, Angst und aggressive Gehemmtheit.

Dieser psychische Symptomenkomplex läßt seiner Auffassung nach auf eine eindeutige Neurosenstruktur schließen. Im Bereich der depressiven Symptomatik finden sich "Klagen über Mut- und Hoffnungslosigkeit", über "apathisches Verhalten", über "Interessenlosigkeit" bis hin zu "Darniederliegen von leiblichen Funktionen" und "ausgeprägter Stimmungslabilität". Gefragt nach ihrer emotionalen Labilität, wehren die Patienten die Gefühle im Sinne eines "peinlichen Erlebens" als "albern" und "rührselig" ab. ROSE bemerkt, daß die Patienten wenig Bereitschaft zeigen, spontan über sich und ihre Probleme zu berichten. Sie kämpfen mit großen Schwierigkeiten, im Gespräch von ihrem emotionellen Innenleben etwas preiszugeben. Der Autor nimmt an, daß die Patienten eine Haltung der "Leidensverleugnung" einnehmen, hinter der eine ängstlich-hypochondrische sowie eine zwanghaft-anankastische Haltung verborgen gehalten würde. Bezüglich der Angstgefühle der Patienten schildert ROSE, daß bei der Hälfte seiner untersuchten Patienten entweder ein "inhaltloses, plötzlich das Bewußtsein überwältigendes Angstgefühl" entsteht oder ein in der gleichen Art sich einstellendes "Angstgefühl vor bevorstehendem Unheil oder Vernichtung". Habituell soll es sich bei den Erkrankten um Menschen handeln, die ihre Angst nicht zugeben bzw. erleben können. Sie verbinden Angst mit Schwäche, Feigheit und als Anzeichen reduzierter Selbstkontrolle, was sie dazu veranlaßt, ihre herannahenden Angstgefühle zu unterdrücken. Das mehr auf "soziale

Akzeptanz" ausgerichtetes Verhalten der Patienten steht nach Ansicht von ROSE der "individuellen Verselbständigung" im Wege. Das aggressive Verhalten ist bei diesen Menschen eher "intropunitiv" als "extrapunitiv" zu deuten. Die Probleme der Außenwelt werden teilweise als übermächtig, teils als unüberwindbar erlebt. Diese Menschen verleugnen ihr Scheitern und zeigen sich resigniert. Im allgemeinen wird von diesen Persönlichkeiten eine passive Einstellung der Umwelt gegenüber eingenommen. Die Passivität unterstützt u. E. die von ROSE beschriebenen Schwierigkeiten, die diese Menschen im Umgang mit ihrer "direkten Äußerungsfähigkeit affektiver Erlebnisse" haben, was die Besonderheit ihrer Hemmung ins Licht rückt, wobei nach ROSE davon auszugehen sei, "daß übermäßige Einengung der Aggression, zu welchem Zeitpunkt der psychogenetischen Entwicklung auch immer, zwei gegenständliche (gegensätzliche, Anm. d. Verf.) Phänomene hervorzurufen in der Lage ist, die stets miteinander verbunden bleiben, nämlich die Hemmung der Fähigkeit zu adäquater notwendiger Aggression einerseits und die Ausbrüche aktuell in Anlaß und Motiv oft unverständbarer pathologischer Aggression aus Gestautheit." (S. 157)

Wir möchten mit einem weiteren Zitat, das wir einem Artikel von TEGMANN und MÜHLENKAMP (1979) entnommen haben, eine besondere Form des Umganges und den intrapsychischen Verabreichungsmechanismus aggressiver Anteile im emotionalen Erleben von Persönlichkeiten mit Hyperventilationstetanie deshalb andeuten, weil sie unserer später noch darzulegenden Hypothese sich nähert.

"Sie hatten es mit der Zeit sogar verlernt, ihre aggressiven Regungen überhaupt noch bewußt wahrzunehmen. Die Verdrängung der aufgestauten Aggressivität gelang jedoch nicht ganz, so daß es hin und wieder und schließlich immer häufiger zu Angst- und Spannungszuständen kam, die sich im Symptom der Hyperventilationstetanie entluden. Es ist anzunehmen, daß sich diese Menschen ihre aggressiven Impulse selbst nicht eingestehen wollen, da sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung aggressive Gefühlsimpulse mit Schuldgefühlen verbinden. Besonders stark wird

von neurotisch gehemmten Menschen die Aggressivität verdrängt, wenn sie sich gegen die eigenen Eltern richtet, da das Idealbild von Vater und Mutter mit besonders starken anezogenen Tabus behaftet ist." (S. 1632)

Wenn wir uns an dieser Stelle der psychologischen Motivation des Tetaniegeschehens zuwenden, dann ist unser Vorhaben so zu verstehen, daß wir aus den wenigen bisher veröffentlichten Fällen, die eine intensive Psychotherapie und ihr Behandlungsergebnis darstellen, unsere Hypothesen aufbauen.

ARGELANDER (1956/1957) schildert zum Beispiel die Tetaniesymptomatik einer 28-jährigen Frau und die entsprechenden psycho-sozialen Hintergründe der Pathogenese. Er bediente sich der psychoanalytischen Behandlungsmethode, die ihn über Träume und assoziative Phantasien der Patientin an frühkindliche und darauf aufbauende Erlebnisse anknüpfen ließ und uns ein überzeugendes psycho-soziales Motivbild für dieses Tetaniegeschehen liefert. Im Sinne ARGELANDERS handelt es sich um die Hinwendung zur möglichen "subjektiven Erlebnisseite" der Menschen, die uns wiederum dienen soll, eine gewisse Motivationstypik auszukundschaften. ARGELANDER ist somit unseres Wissens nach im deutschsprachigen Raum neben BACH und JANZ mit einer der ersten gewesen, der in den fünfziger Jahren durch klinische Forschung und psychoanalytische Arbeit wesentlich dazu beigetragen hat, die Ansicht, daß es sich bei der Tetanie um ein primär sozial unabhängiges Geschehen handeln könnte, zu überwinden. BACHs Veröffentlichungen zum psychoanalytischen Verstehen und zur analytischen Therapie setzen bis in die Gegenwart diese Auffassung fort.

Die Geschichte der bei ARGELANDER beschriebenen Tetaniepatientin sei zur Illustration hier in ihren wesentlichsten Bezügen mit unseren Worten wiedergegeben:

Der erste tetanische Anfall ereignet sich bei der Patientin zu Beginn ihrer eigenen Blinddarmoperation, in dem Moment, in dem der Anästhesist mit der Narkose beginnt. Der Vater wurde vor mehreren Jahren ebenfalls appendektomiert, zu dem die Patientin bis zu dem Tag der väterlichen Operation ein spannungsreiches Verhältnis hatte. Dieses Doppelereignis setzte im Nachhinein in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten eine psychoanalytische Rückbetrachtung und das Verstehen ihrer eigenen spannungsvollen und enttäuschten Lebensgeschichte in Gang, worin sie die Motive ihrer tetanischen Äußerungen in deren ganzheitlichen Entwicklung wiederfand. Die Patientin wird von ihrem Therapeuten als eine aufgeschlossene, sportlich interessierte Person geschildert; sie ist lebhaft und zeigt eine schnelle Motorik und Gestik, wobei die Sprache nicht ausgenommen ist. Sie erscheint ihm ängstlich und verunsichert mit depressiven Momenten. Rationale Kategorien herrschen in ihrer Art zu denken vor. Ihrem weiblichen Körper schenkt sie keine Beachtung, sie verhält sich in Sachen Kleidung und Gesamterscheinung nachlässig. Eigentlich sollte sie ein Junge werden, denn das war der Wunsch des Vaters gewesen. Bereits in früher Kindheit kam die Patientin durch gehäufte verbale Äußerungen der Mutter mit dem Tod in Berührung, was letztendlich zu "phobischen" Reaktionen bei der Patientin führte, sie könne ihre Mutter tot auffinden. Die Mutter war zu zärtlichen Handlungen und gefühlsbetonten Gesten nicht fähig. Es war mehr der Gerechtigkeitssinn, der bei der Mutter das Verhalten bestimmte. Im Laufe der Entwicklung wandte sich die Patientin dann dem Vater zu. Als ihr Bruder zur Welt kam, war die Patientin 10 Jahre jung. Ihre erste Krise erlebte sie mit 15 Jahren, als der Vater sie durch eine anderweitige Beziehung enttäuschte. Der Vater hatte zu einer anderen Frau Kontakt aufgenommen, die altersmäßig nur 2 Jahre älter war, als sie selbst. Es war ein tiefer Abgrund, der ab jetzt die Beziehung zum Vater durchzog. Mit 22 Jahren heiratete die Patientin, nachdem sie eine erste Krise durchlebt hatte; es handelte sich dabei um einen ernsthaften Bindungsversuch (Verlobung), der scheiterte. Die Zeit nach der Hochzeit bedeutete eine erneute Krise mit Enttäuschungscharakter. Über ihren Mann beklagte sie sich, bei diesem Mann bliebe ihr das "Innere des Menschen" verborgen. Sie erlebte ihn als kalt und gefühlslos. Es war ein Zwiespalt ihm gegenüber, der sich mit der Geburt des Kindes verstärkte. Sie schrieb in ihr Tagebuch, daß alles so "grauenhaft traurig" wäre und sie diesen Zustand als beginnenden Wahnsinn erlebe. In der familiären Diskussion wird die Eheproblematik über die Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes (Beißen an Finger- und Fußnägeln, bis sie bluten) allmählich aufgedeckt. In der Analyse wird deutlich, daß sich der Kontakt zum Vater seit der eigenen Operation gebessert hat. Im Traum sieht

die Patientin ihren Vater "mit spitzer Nase tot in ihren Armen liegen" als Folge der Operation. In der Kindheit versuchte die Patientin den unerfüllten Wunsch des Vaters nach einem Jungen dahingehend auszugleichen, indem sie die Nähe des Vaters suchte und sich mit ihm zu identifizieren suchte. Ihr Ich-Ideal entwickelte sich entsprechend. Der Sport spielte in dieser Hinsicht eine große Rolle, da Vater selbst ein großer Sportler war. Die konsequente Verfolgung ihres Ich-Ideals wurde durch mannigfache Probleme in der folgenden Entwicklung gestört. Es zeigte sich, daß die Beziehung, die sie zum Vater aufgebaut hatte, sich in dem späteren Verhältnis zu ihrem Verlobten fortsetzte. Die Analyse berührte außerdem die durch die Geburt eines jüngeren Bruders ausgelösten Konflikte. Den Bruch mit dem Vater versuchte die Patientin durch Todesphantasien zu bewältigen. Erst die Angst vor einer eventuellen Bewahrheitung ihrer Todesphantasien, hervorgerufen durch die Appendektomie des Vaters, ließ eine Veränderung ihrer Gefühle dem Vater gegenüber zu. Dieses aber verstärkte die Ambivalenz zwischen ungelösten ödipalen Fixierungen und Haßgefühlen zum Vater. Entlastung bringt endlich die Identifizierung mit der Erkrankung des Vaters im Sinne einer Selbstbestrafung. Bei der bevorstehenden Operation kommt es zum Höhepunkt der intrapsychischen Spannung mit der ohnmächtigen Unterwerfung.

ARGELANDER findet, daß die Ohnmacht der Patientin als ein "großes Leitmotiv" in dieser Geschichte zu erkennen sei. Er glaubt, daß dieses "ohne Macht sein" in der Lebensgeschichte der Patientin dominierend ist, gepaart mit einer "unbewußten suizidalen Leitlinie". Er sieht die Ohnmacht "verknüpft mit einer gefahrdrohenden Aggression" gegen die Person der Patientin (Operation, Anm. d. Verf.), was den ersten Anfall auslöste. Wir wollen an dieser Stelle die Schilderung des Falles abschließen.

Bis hierher ist bereits ein wenig besser zu verstehen, in welch schicksalhaftem Gefüge eine Tetanie mit der Persönlichkeit verknüpft ist. Es sei noch erwähnt, daß die Patientin den Therapeuten wegen quälender Selbstmordimpulse aufsuchte. In einer ganzheitlichen Betrachtung dieser Lebensgeschichte finden wir eventuell motivationale Erklärungen sowie Quellen einer schicksalhaften Entwicklung, wie sie möglicherweise für die Hyperventilationstetanie

infrage kommen, besonders wenn man bedenkt, daß Suizidalität häufig oder sogar regelhaft eine gegen sich selbst gerichtete Aggression ist.

Das erwähnte angstneurotische Gefühlserlebnis bis zum beginnenden Wahnsinn taucht in annähernd ähnlicher Form in einem der von BACH (1968) analysierten Fälle auf. Es ist zu lesen, daß die ebenfalls sich in Therapie befindliche Patientin während eines notwendig werdenden Klinikaufenthaltes ein wachsendes Gefühl verspürt, verrückt zu werden. In einem anderen Fall zeigt BACH, wie das Gefühl, verrückt zu werden schon als Wahnsinn gedeutet wird. Er fand, daß die plötzlich andrängende Aggressivität, welche die Patientin andeutungsweise verspürt, nicht als solche versteht, sondern als einzig mögliche Interpretation für dieses Gefühl des Verrücktwerdens für sich selbst zuläßt.

Bei den von BACH (1968) veröffentlichten Fällen tauchten Haltungsmerkmale wie "Leistungshaltung in Richtung Pflichterfüllung und Ehrgeiz" sowie "aggressive Durchbrüche" auf. Mordimpulse in der Art von Würgeimpulsen mit einhergehender "Gefügigkeit" sind erwähnt. Weiterhin spricht BACH von "undifferenzierter Oralität". Es ist auffällig, daß alle 6 Patienten Selbstmordtendenzen zeigten, wobei ein ernstgemeinter Versuch bei jedem zweiten Patienten als Tatsache vor Beginn der Behandlung zu registrieren war. ROSE hatte jedoch in seinen Untersuchungen nur in wenigen Fällen suizidale Tendenzen beobachten können. Direkte Selbsttötungsversuche waren in keiner der 38 Biographien angegeben. Der Überblick aller von BACH analysierten Patienten zeigt, daß die erwähnten Mordimpulse auf Mutter, Geschwister, Ehepartner oder anderweitige Männergestalten gerichtet waren und wenn auf den Vater, dann mit allgemeinen Todesphantasien vermischt.

In einem beschriebenen Fall schließt BACH auf die Koppelung von Würgeimpulsen und Sexualität; geträumt wurde von der Patientin, daß ein Mann Flecken am Hals zeigt, "was gleichzeitig Ausdruck leidenschaftlicher erotischer Begegnung wie auch Würgmal sein kann." (BACH, 1968, S. 193)

Allgemein betrachtet, sollen nach BACH sogar die Mordimpulse dem ersten Tetanieanfall unmittelbar vorangehen. Er meint, es bleiben dem Patienten die Motive dieser Tötungsimpulse im aktuellen Geschehen verborgen, solange, bis die Analyse Klarheit über die Art und Weise pathologisch-aggressiver Regungen und Strebungen gibt.

BACH, der sich in mehr als 2000 Analysestunden mit an Hyperventilationstetanie leidenden Menschen tiefenpsychologisch befaßte, sieht gerade in der "pathologischen Aggressivität" und den "autodestruktiven Tendenzen" überzeugende Ähnlichkeiten unter diesen Menschen und hebt in Anlehnung an 6 abgeschlossene Fälle die Todesproblematik des Vaters und deren "strukturformende" bzw. "symptomauslösende" Wirkung hervor. Die Verborgenheit der destruktiven Aggression erlebte BACH in seinen Analysen immer wieder. Er empfand die Menschen zwanghaft in ihrer Art, mit der sie ihm gegenüber "Güte, Nettsein, Gefälligkeit" demonstrierten. Er schreibt:

"Wird die Mordtendenz nach langer analytischer Mühe unter der Abwehrform von Suicidimpulsen und Abbruchtendenzen schließlich voll anerkannt, dann tritt sehr bald die ursprüngliche Veranlassung, nämlich die abartige Zurückweisung von oralen, motorischen und Zärtlichkeitsbedürfnissen und später Liebeswünschen in der ödipalen Situation zu Tage; diese Zurückweisungen in der Kindheit sind regelhaft gekoppelt mit strengen moralischen Forderungen und Leistungsanforderungen." (BACH, 1968, S. 155)

BACH hält in der Regel einen unbewußten "Enttäuschungshaß", der in der frühkindlichen ödipalen Entwicklung seine Wurzeln hat, als die treibende Kraft hinter den Tötungsimpulsen.

Diskussion

Die früheren wissenschaftlichen Auseinandersetzungen um die Tetaniesymptomatik waren ausnahmslos naturwissenschaftlich geprägte Diskussionen. Während die Verlaufsformen der Tetanie kaum Anlaß zu unterschiedlichen Meinungen gaben, wurden zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Tetanie verschiedenste physiologisch-medizinische Ansätze vertreten. Das diagnostische und therapeutische Vorgehen in der klinischen Praxis wurde weitgehend durch die Meinung bestimmt, daß das endokrine System des Menschen primär-ätiologisch für die Tetanie verantwortlich sei, was sich gerade darin zeigte, daß bei den Patienten mit Beschwerden, die auf eine Tetanie schließen ließen, Untersuchungen zur Epithelkörpercheninsuffizienz als das wesentliche diagnostische Kriterium an der Tagesordnung waren. Obwohl die Kalziumwerte durchweg im Normalbereich lagen, wurden doch therapeutische Maßnahmen im Krisenfall durchgeführt, die darin bestanden, daß die Patienten generell mit dem Parathormon bzw. intravenösen Kalziuminjektionen behandelt wurden. In wie weit nun diese auf medikamentöser Grundlage basierenden Hilfeleistungen Tetaniepatienten in ihrem Leben eine dauerhafte Linderung gebracht haben, läßt sich aus der Literatur nicht ablesen. Die Vermutung, daß cerebral-organische Erkrankungen primär zum Tetanieauslöser werden können, veränderte im Laufe der Zeit nichts an der Art und Form der scheinbar bewährten Therapie. Das Achsensyndrom von CHVOSTEK, TROUSSEAU und ERB führten zu einem verbesserten Vorgehen in der Patientenuntersuchung, hatte aber keinen Einfluß auf therapeutische Maßnahmen. Der Erkenntniswert lag in dem Beweis, daß bei positiver Registrierung eine physiologische Disposition zur neuromuskulären Übererregbarkeit vorlag.

Erweiternde Überlegungen zur Ätiologie ließen in den zwanziger Jahren einen Wandel in der Auffassung der Tetaniepathogenese zu. Der als bewiesen geglaubten Tatsache, daß jegliche Tetaniesymptomatik auf einem Zustand der Hypokalzämie und damit der neuromuskulären Obererregbarkeit beruhe, wurden die Überlegungen zu zentral und psychogen ausgelösten Tetanien mit ebenfalls neuromuskulärer Obererregbarkeit gegenübergestellt. In diesen Überlegungen kam zwar ein nicht ganz so neuer Ansatz zum Vorschein, denn bereits zu Beginn des Jahrhunderts wurde vereinzelt auf psychogene Faktoren bei der Tetanie hingewiesen, aber erst durch LANDAUERS (1922) Gedanken zur Hyperventilationstetanie erhielt dieser frühere psychogene Ansatz neue Beachtung. Der Streit um die Frage, ob tetanische Anfälle primär zentral auslösbar seien, oder ob vielmehr das zentrale Nervensystem sekundär - als Reaktion auf den Kalkmangel im Blut - an den Anfällen mitbeteiligt ist, fand in den von FREUDENBERG und wenige Jahre danach durch PETTE sein Ende. Eine Klassifizierung der Tetanie nach den Faktoren "normokalzämisch" und "hypokalzämisch" zeichnete sich ab und wurde erst 1956 von JESSERER erarbeitet. In dieser Gruppierung hat die zentral bedingte, psychogen verursachte Hyperventilationstetanie als normokalzämisch ihren eigenen Platz gefunden. Die Aufteilung der Tetanieformen in normokalzämische und hypokalzämische hat gegenwärtig nicht an Aktualität verloren, auch wenn die unserer Ansicht nach fortschrittlichere multifaktorielle Betrachtung funktioneller Störungen überzeugender klingen mag.

Die Hyperventilationstetanie als ein psychosomatisches Leiden im erweiterten Sinne (s. v. UEXKOLL, 1979) anzusehen, scheint uns in jeder Hinsicht berechtigt, zumal in unserer Zeit mehr und mehr die psychotherapeutischen Maßnahmen als die gewissermaßen "richtigere" und zwar kausale

Therapie bei der Hyperventilationstetanie sich beweist. Um die Jahrhundertwende war der Ruf nach Psychotherapie in Verbindung mit der Tetanie vereinzelt angeklungen, aber es war wohl dennoch ein langer Weg der Überzeugung zurückzulegen, daß es sich bei der Hyperventilationstetanie um ein funktionelles Syndrom handelt.

Wenn in der gegenwärtigen Auffassung das soziale Milieu des Patienten, und damit die individuelle Erlebniswelt des Menschen ätiologisch wesentlich bei der Auslösung der Tetanie zu sein scheint, so haben wir diese Erkenntnis der Tiefenpsychologie und Sozialpsychologie und den mit diesen Methoden arbeitenden Klinikern und Wissenschaftlern zu verdanken. Die von BACH geführte Diskussion über das konfliktreiche Leben der Patienten mit Hyperventilationstetanie bringt drei wesentliche Punkte in den Vordergrund des Nachdenkens über die psychologische Motivation des Geschehens im Vorfeld des tetanischen Anfalls.

Erstens eine dauerhafte Partner- und Familienproblematik;

zweitens eine im Konfliktfeld ohnmächtige Wut und pathologische Aggressivität, die einerseits im Anfall ihren Ausdruck findet und andererseits abgewehrt als latente oder manifeste Suizidalität erscheinen soll. Hierzu RIEBEL (1976): "Die aggressive Komponente wird meist als persönlichkeitsfremd empfunden, abgespalten und als bedrohlich und nicht ich-synton erlebt. Im Charakter zeigt sich diese mangelnde aggressive Strukturierung als 'scheißfreundlich', scheinheilig, beflissen etc., wobei ein irritierendes von Aggressionen ausgewaschenes Relief wie Neid und Kritiksucht nicht selten ein Lebensressentiment verrät, das in der Phänomenologie der Suizidalen uns nicht unbekannt sein dürfte";

und drittens trotz der Haltung zu gehäufte Abbruchtentendenz im Verlaufe der analytischen Sitzungen und vereinzelt Therapeutenwechsel scheinen Pflichterfüllung und Ehrgeiz die Leitlinie des Lebens eines Menschen mit Hyperventilationstetanie zu sein. Wobei die Leistung zur Pflicht wird und die Selbstüberforderung als moralisch notwendiger Einsatz im Übermaß praktiziert wird.

Fragestellung und Hypothesenbildung

In der folgenden empirischen Untersuchung haben wir uns die Aufgabe gestellt, den Bereich der psycho-sozialen Beziehungen und Abwehrformen von Patienten mit Hyperventilationstetanie psychologisch und psychodynamisch zu untersuchen, mit dem Ziel, einen Beitrag zu leisten zu einem erweiterten Verständnis einer ganzheitlichen Ätiopathogenese des Syndroms der Hyperventilationstetanie.

Es soll angestrebt werden, mit standardisierten psychologischen Methoden die intrapsychische und psycho-soziale Dynamik empirisch zu erfassen und in der Diskussion in Beziehung zu bringen zur konkreten Lebens- und Partnerschaftssituation der Patienten.

Zu erwarten ist ein Ergebnis, daß uns gewinnbringende Hinweise für die subjektive überwiegend unbewußte Motivation der Symptomatik gibt und unsere Sicht für die kausale Verknüpfung des Anfallgeschehens in der Sozietät des Patienten schärft.

Im einzelnen wollen wir drei Hypothesen überprüfen:

1. Patienten mit manifester Hyperventilationstetanie haben im Vergleich zu anderen Neuroseformen eine spezifisch neurotische Abwehrstruktur, bei der im wesentlichen die Aggressionshemmung im sozialen Bezugsfeld eine Rolle spielt.
2. Übermäßig häufig zeigen Patienten mit manifester Hyperventilationstetanie eine vermehrte Neigung zur Suizidalität, für die in der frühkindlichen Sozialisation die psychische Disposition zu einer derartigen Entwicklung nachzuweisen ist.
3. Die Art der muskulären Verkrampfung der oberen Extremitäten (Pfötchenstellung) steht ausdruckspsychologisch in keinem, vom Patienten erlebten Sinnzusammenhang mit der Motivation des Anfalles.

Zur Verifizierung oder Falsifizierung unserer Hypothesen haben wir uns für eine eigens strukturierte psychologische Untersuchung von Tetaniepatienten entschieden, da eine empirisch-psychologische Studie mit denen von uns ausgewählten Methoden zu diesem Fragenkomplex bisher nicht vorlag. Voraussetzung für die Patienten zur Teilnahme an dieser Untersuchung war die klinisch abgesicherte Diagnose: Hyperventilationstetanie.

Untersuchungsmethodik

Bei der Festlegung der Methoden galt es für uns zu bedenken, daß die Patienten nicht länger als durchschnittlich 1 1/2 Stunden für die psychologische Untersuchung in Anspruch genommen wurden. Weiterhin ausschlaggebend bei der Methodenwahl war die Frage nach den Gütekriterien (Validität und Reliabilität) der Untersuchungsverfahren. Die Verfahren, die einzusetzen waren, sollten den subjektiven Erlebnisbereich des Patienten, widergespiegelt in seinen derzeitigen sozialen Beziehungen, in seiner tiefenpsychologischen Bedeutung mittelbar erfassen und hinterfragen, um aus diesem Antwortenmaterial Aussagen über die Verarbeitung der libidinösen und aggressiven Impulse nach dem tradierten FREUD'schen Modell zu treffen und damit Zugang zu den spezifischen Abwehrmechanismen zu finden.

Es kamen vier Untersuchungsteile zur Anwendung, wobei eine informative Einführung jedem Patienten vorgegeben wurde.

Informative Einführung

1. Selbstbeurteilung durch GIEßEN-TEST Fragebogen GT/S
 2. Vorlage der in Bildform dargestellten Handstellungen
 3. Beantwortung der Fragen zu frühkindlichen Erlebnissen und Empfindungen durch Fragebogen SU/S
 4. 13 Fragen an den/die Patienten(in) zur Beziehungsstruktur
1. Für die Selbstbeobachtung zur Person und die eigene Mitteilung des Patienten darüber, sollte ein Instrumentarium gefunden werden, welches den Patienten in einer für ihn nicht auf den ersten Blick durchschaubaren Art (um eventuelle Manipulationen in Richtung sozialer Gewünschtheit gering zu halten) über das subjektive Erleben von sich selbst in Verflechtung mit seiner Erkrankung und

den unter diesen Abhängigkeiten gestalteten Beziehungen zu seinen Mitmenschen erfaßt. Diese Art des Vorgehens sollte in der Auswertung zur Aufhellung eines mehrfach beurteilten Verhaltens- und Erlebnisbildes des Patienten beitragen, und zwar beurteilt vom Erstinterviewer, vom Patienten selbst und vom Partner. Wir hielten ein direktes, mündliches Abfragen von Informationen als Schwerpunkt der Untersuchung für verfehlt, da in einer zeitlich eng begrenzten einmaligen Begegnung mit dem jeweiligen Patienten Informationen zur Aufdeckung der Abwehrformen und seiner aggressiven Impulse auf diesem Wege u. E. wohl kaum ausreichend und standardisierbar erfahrbare wären. Aus dieser Überlegung heraus zogen wir es vor, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, ein "Selbstbild" von sich zu entwerfen, in dem er seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen in einer standardisierten Frageform schriftlich auf Gewichtsskalen fixiert. Es war darauf zu achten, daß die Selbstbeurteilung im weiteren Verlauf der Untersuchung in Gegenüberstellung zweier parallel und unabhängig voneinander abgegebenen Fremdbeurteilungen (s. oben) diskutiert wurde. Auf diesem Wege erwarteten wir ein Abbild des Patienten, welches sich zusammensetzt aus Merkmalen, die für die Erkenntnis seines intrapsychischen Geschehens und seiner psycho-sozialen Beziehungen im o. genannten Sinne tiefenpsychologisch aufschlußreich werden könnte und bezüglich seiner Abwehrmechanismen interpretierbar sein würde.

Die Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdbild lassen Rückschlüsse auf Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsphänomene zu. Im Vergleich sollten geprüft werden, wie weit die Diskrepanz reicht, wie der Patient glaubt sich selbst zu sehen oder von seiner Umwelt gesehen wird. Es wurde angestrebt zu erfahren, welche Impulse oder Regungen verleugnet werden, die aufgrund ihrer Abwehr

latent ihre Relevanz in sozialen Bezügen finden können. Bei den Fremdbeurteilungen der Patienten dachten wir an die oder den Partner(in) des Patienten oder an die ihm nächststehende selbstgewählte Person der sozialen Umgebung. Eine weitere Fremdbeurteilung sollte durch den Psychotherapeuten erfahren werden, der das im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu Kostenübernahme zeitlich vorab durchgeführte tiefenpsychologische Erstinterview zu verantworten hatte.

Bei der Erhebung der Daten zur Beurteilung einer eventuellen frühkindlichen "suizidalen Disposition" wollten wir uns anlehnen an die Konzepte von SCHULTZ-HENCKE (Hemmender Einfluß), an RINGEL (präsuizidales Syndrom) sowie an HENSELER (Theorie zur präsuizidalen Persönlichkeit). Wir hielten die beiden verfügbaren standardisierten Verfahren von STORK (Fragebogen zur Beurteilung der Suizidalität) und PÖLDINGER (Risikoliste zur Suizidalität) für unseren Zweck nicht brauchbar. Aus diesem Grunde haben wir es vorgezogen, einen eigenen Fragebogen zu entwerfen, der auf der Integration der drei genannten Ansätze beruht, da wir diese Ansätze in der Auffassung einer präsuizidalen Entwicklung des Menschen als nicht im Widerspruch sondern als ergänzend zueinander stehend verstehen.

Die drei Ansätze beziehen sich im Ursprung der suizidalen Entwicklung auf die frühgestörte Kindheit des Menschen. SCHULTZ-HENCKE ging zwar nicht eigens auf suizidale Entwicklungen ein, aber wir konnten sein Neurosenmodell für den hier anstehenden Fragenkomplex ganz gut auswerten, da er den unausgewogenen, erheblich beeinträchtigenden und hemmenden Einfluß der frühesten und frühen kognitiven (Orientierung, Erkennen, Introjektion) und emotionalen Erfahrungen (Vertrautheitsgefühle, Geborgenheitsgefühle, Gefühle der Anerkennung und Wertschätzung, erste Erlebnisse des Selbstwertgefühls) und Handlungsbereitschaften

(Motorik im allgemeinen, Funktionslust, objektgerichtete Hinwendung, Auseinandersetzung und Aneignung der Welt) des Kindes durch seine vorgefundenen Lebensbedingungen (hier im wesentlichen durch Eltern oder deren Ersatzpersonen) für grundlegend bezüglich einer neurotisch angelegten Entwicklung mit deutlich autoaggressiven Tendenzen und Handlungsdispositionen hielt. Mitbestimmend sei die Akzentuierung der Antriebshemmung, sowohl zeitlich als auch artmäßig. Welcher Antriebsanteil am stärksten betroffen ist, ist maßgebend und determinierend für die Art der Neurosenstruktur.

Sehen wir von der notwendigen Hemmung im Sinne einer adäquaten Anpassung des Menschen an die reale Umwelt einmal ab, so ist der hemmende Einfluß sicherlich dann für die Neurosenentwicklung von Bedeutung, wenn das betroffene Kind bereits ab frühester Kindheit langanhaltende und immer widerkehrende Ablehnung, Strafen und Versagungen vielfältigster Art - also Härte - oder in Abhängigkeit haltende Verwöhnung - also Einengung -, die ein Autonomiestreben unterbindet, zu ertragen hatte. Wir meinen die Primärereignisse der ersten fünf Lebensjahre.

Angst und Ohnmachtsgefühle regen nach SCHULTZ-HENCKE in diesen Menschen im Laufe ihres Lebens aggressiv getönte Gefühle an, die schuldhaft - da objektgerichtet - unterdrückt und gegebenenfalls verleugnet werden und in der Folgezeit ihren autodestruktiven (im Sinne der Aggressionsumkehr) Charakter finden. Im späteren Leben können dann in Versuchungs- und Versagungssituationen diese Gefühle in suizidalen Handlungen zum Durchbruch gelangen.

"Den Übergang von verhinderter Aggression in Selbstzerstörung durch Wendung der Aggression gegen die eigene Person demonstriert oft eine Person im Wutanfall, wenn sie sich die Haare rauft, mit den Fäusten ihr Gesicht bearbeitet, wobei sie offenbar diese Behandlung lieber einem anderen zugedacht hätte." (FREUD, Bd. XVII, S. 72)

RINGEL zählt den psychischen Zustand der Einengung, der gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggression und die Selbstmordphantasien zu den drei primären Momenten bei suizidal gefährdeten Menschen in dem nach ihm genannten "präsuizidalem Syndrom". Unter der Erfahrung der Einengung versteht RINGEL die "situative Einengung", die Einengung der persönlichen Möglichkeiten zur Gestaltung und Entfaltung des persönlichen Lebens, und dieses bereits in früher Kindheit angelegt. Verantwortlich macht er häufige Schicksalsschläge in der Kindheit und ein subjektives Einengungsgefühl ohne objektiv erkennbare Grundlage. Der junge Mensch entwickelt ein Verhaltensrepertoire mit verringerten Reaktionsmöglichkeiten und ein ständig wiederkehrendes affektives Erlebensmuster (Psycho-logik nach SCHULTZ-HENCKE), das vorwiegend depressive und ängstliche Züge hat. Der Abwehrmechanismus der Aggressionsumkehr (FREUD) gegen die eigene Person gewinnt die Oberhand und läßt den Suizid als einen im Erleben des Patienten scheinbar einzigen Ausweg aus dem *circulus vitiosus* der Konflikte erscheinen. Der Mensch fühlt sich in seiner gewohnten Umgebung nicht mehr angemessen wohl und zieht nach dem seelischen Trauma dem sozialen Kontakt die soziale Isolierung vor. Die lebenswichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen verlieren für den Betroffenen an Relevanz und beenden einen bislang geführten kommunikativen Austausch, was auf Dauer eine realitätsgerechte Bewertung des Lebens verhindert. Im Laufe dieser Krise erscheinen Selbstmordphantasien, die entweder willentlich entstehen oder sich zwangsweise aufdrängen. Für eine harmloserere erste Stufe der Krise hält RINGEL das Phantasieren des "Totseins"; eine zweite Stufe folgt mit der gefährlicher einzuschätzenden Einstellung des "Hand an sich legens" (JEAN AMÉRY). Die dritte und gefährlichste Stufe ist erreicht, wenn sich der Mensch bereits

mit der Durchführung des Suizids gedanklich beschäftigt.

Das von RINGEL beschriebene "präsuizidale Syndrom" ist nach ihm nicht als ein Nebeneinander von Erfahrungen und Abläufen zu verstehen, sondern ist syndromgenetisch dynamisch und sich progressiv verstärkend aufzufassen, als eine "entmutigte neurotische Lebensgestaltung", die dann zuguterletzt zu dem katastrophalen Ende durch Selbstmord führen kann, vorausgesetzt, dieser Kreislauf erfährt in der Entwicklung keinen vorzeitigen Abbruch durch hilfreiche Maßnahmen von außen.

FREUD betrachtete in seiner Abhandlung "Trauer und Melancholie" den Sadismus als den "Schlüssel" zur Enträtselung der Selbstmordneigung. Er schrieb:

"Wir haben als den Urzustand, von dem das Triebleben ausgeht, eine so großartige Selbstliebe des Ichs erkannt. Wir sehen in der Angst, die bei Lebensbedrohung auftritt, einen so riesigen Betrag der narzißtischen Libido frei werden, daß wir es nicht fassen, wie dies Ich seiner Selbstzerstörung zustimmen könne. Wir wußten zwar längst, daß kein Neurotiker Selbstmordabsichten verspürt, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet, aber es blieb unverständlich, durch welches Kräftespiel eine solche Absicht sich zur Tat durchsetzen kann. Nun lehrt uns die Analyse der Melancholie, daß das Ich sich nur dann töten kann, wenn es durch die Rückkehr der Objektbesetzung sich selbst wie ein Objekt behandeln kann, wenn es die Feindseligkeit gegen sich richten darf, die einem Objekt gilt, und die die ursprüngliche Reaktion des Ichs gegen Objekte der Außenwelt vertritt." (FREUD, Bd. X, S. 438 ff)

HENSELERS theoretisches Modell ist ein Versuch, ein "idealtypisches Bild" des zum Selbstmord neigenden Menschen zu zeichnen. Er sieht in der Narzißmußtheorie eine weiter- und tieferreichende Erklärung für das suizidale Handeln eines Menschen. Menschen, die in ihrer frühen Kindheit bestimmten dauerhaften und schwer erträglichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, erfahren von Anfang an eine ungesunde und gestörte Entwicklung des narzißtischen Regulationssystems.

Diese Menschen sollen in ihrer Kindheit kaum Anerkennung und behütende Fürsorge erfahren haben, während Ablehnung und Geringschätzung ihnen reichlich zu teil wurde. Ein stabiles Selbstbewußtsein und ein realitätsbezogenes Selbsterleben können sich nicht ungestört entfalten. Diese Menschen wachsen in keinem "harmonischen Primärzustand" auf. Ein Elternhaus, das eine harmonische, behagliche, spannungsfreie, sichere und geborgene Sozialisation als Voraussetzung für ein gesundes psychisches Wachstum hält und phasengerechte Ablösung davon, soll bei dem "idealtypischen Bild" eines Suizidalen nicht anzutreffen sein. Die vom Selbstwertgefühl her leicht aus dem Gleichgewicht kommenden Menschen sollen zunehmend in eine soziale Abgeschiedenheit geraten und unter günstigen Bedingungen eine "symbiotische Zwei-Personen-Bindung" wieder anstreben. Es besteht bei diesen Menschen die Gefahr einer fehlerhaften Selbst- und Fremdbeurteilung, sowie einer mehr subjektiven Einschätzung des objektiven Weltgeschehens, was zu realitätsverzerrten Einstellungen und Haltungen den Mitmenschen gegenüber führen soll.

HENSELER beschreibt die psychoanalytische Narzißmustheorie als das "angemessene Bezugssystem zur suizidalen Psychodynamik" und formuliert grundlegend fünf Thesen:

- "1. Der zur Selbstmordhandlung neigende Mensch ist eine in ihrem Selbstgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit.
2. Das heißt für sein subjektives (bewußtes und auch unbewußtes) Erleben, daß er sich vermehrt bedroht fühlt, in einen Zustand totaler Verlassenheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht zu geraten, aus dem er sich selbst nicht retten kann.
3. Zum Schutz seines Selbstgefühls bedient er sich deshalb in hohem Maße der Realitätsverleugnung und der Idealisierung der eigenen Person wie seiner Umgebung.
4. Reichen diese Schutzmechanismen nicht aus, muß er zu noch primitiveren Mitteln greifen, nämlich zu Phantasien vom Rückzug in einen harmonischen Primärzustand.
5. Indem er diese Phantasie in Handlung umsetzt, kommt

er der drohenden narzißtischen Katastrophe aktiv zuvor und rettet für sein Empfinden sein Selbstgefühl. Er verzichtet zwar auf seine Individualität zugunsten einer Verschmelzung mit einem diffus erlebten primären Objekt, gewinnt aber Sicherheit, Geborgenheit, Ruhe und Seligkeit."

(HENSELER, 1974, S. 85)

2. Der Fragebogen (s. Anhang):

Der Fragebogen umfaßt 6 Skalen mit insgesamt 150 Fragen, die sich auf die Erlebnisse und Lebensumstände der frühen Kindheit beziehen sollen. Formuliert wurden die Fragen dahingehend, daß einmal die Patienten Auskunft versuchsweise geben sollen über ihre damaligen eigenen Empfindungen aus früher Kindheit, und zwar zu ganz bestimmten Ereignissen und Gegebenheiten, und zum anderen zu den gleichen Ereignissen aus heutiger "Gefühlsicht" Stellung nehmen. Dadurch soll ein Gefühls- und Bedeutungswandel zum Ausdruck gelangen. Es handelt sich so weit möglich war, um bipolare Fragen mit positiver und negativer Wertung.

Skala 1 enthält Fragen, die auf den Primärzustand zielen. Positiv: Fragen nach Harmonie, Angenommenheitsgefühlen, Gefühlen umsorgt gewesen zu sein etc.; negativ: Fragen nach Disharmonie im Zusammenleben mit den Eltern, Abgelehntheitsempfindungen und Gefühlen, vernachlässigt gewesen zu sein etc..

Skala 2 erfaßt Daten über emotionale Entfaltungsmöglichkeiten. Positiv: Wohlbehagen, Fragen in Richtung positiver Atmosphäre zur Entwicklung von Selbstsicherheitsgefühlen etc.; negativ: emotionale Einengung, Unbehagen und negative Atmosphäre zur Entwicklung von Unsicherheitsgefühlen.

Skala 3 fragt nach Selbstempfindungen bzw. -gefühlen. Positiv: lebensnahe Selbstgefühle, Fragen nach Vitalitätsgefühlen, Gefühlen ungetrübter psychosensorischer

Aufnahmefähigkeit, kommunikativer Austausch;
negativ: lebensferne Selbstgefühle, Erschöpfungs-
gefühle, Gefühle der Hilflosigkeit und kommunikativer
Einengung.

Skala 4 erfaßt Daten des aggressiven Erlebens.

Positiv: kaptative Strebungen, Durchsetzungsfähig-
keit, Streben nach Anerkennung, Reaktionen ange-
messener Nachgiebigkeit und Einsicht, Gelassenheit;
negativ: Wunschlosigkeit, gefügig aufopfernde Haltung,
selbstlose Haltungen, Durchbrüche von eigensinnig-
rechthaberischen, jähzornigen und wütenden Reaktionen.

Skala 5 erfaßt Daten über autoaggressive Tendenzen.

Positiv: selbstdestruktive Phantasien, Abwertungs-
tendenzen, autoaggressive Affekte, Todesphantasien;
negativ: regressive Affekte, symbiotische Phantasien,
Allmachtsphantasien und Geburtsphantasien, Fluchtge-
danken.

Skala 6 erfragt Abwehrhaltungen den Eltern gegenüber.

Erfaßt werden soll Abwehr durch Idealisierung (positiv)
und Verleugnung (negativ) als Hinweise auf realitäts-
gerechte Verarbeitung.

Der Vorteil der phänomenologisch notwendigen zahlreichen
Items mußte den Nachteil einer nicht umfangreicheren Prüfung
nach den von LIENERT geforderten Kriterien zur Validierung
und Reliabilitierung der Fragen in Kauf nehmen. Wir hielten
nämlich in unserem Fall ein psychoanalytisch-interpretierendes
Vorgehen als verstehende Methode für gerechtfertigt und
ließen deshalb folgerichtig den Fragebogen durch ein
"Experten-rating" psychoanalytisch tätiger Diplom-Psychologen
beurteilen.

Der erste Fragebogenentwurf wurde in einem Zeitraum von
6 Wochen an 27 dieser Experten verschickt mit der Auf-
forderung, die 150 Fragen inhaltlich den vorgeschlagenen

Skalen zuzuordnen. Verwertbare Anregungen von 11 Experten wurden im zweiten gereinigten Entwurf voll berücksichtigt. In zwei unabhängig voneinander durchgeführten Abschlusßdiskussionen mit zwei Psychotherapeuten wurde die Endfassung des Fragebogens noch einmal geprüft. Zur Beantwortung jedes einzelnen Item - sei es positiv oder negativ - boten wir den Probanden eine Gewichtungsskala von 0 (trifft nicht zu, gar nicht) über 1 (geringer Wert) weiter über 4 (mittlere Position) bis hin zu 7, was den höchsten Wert angibt. Die Fragen wurden nach ihrer endgültigen Festlegung aus den Skalen genommen und gemischt hintereinander zur Endfassung des Fragebogens zusammengestellt.

3. Hier unter Nummer 3 abgehandelt, in der psychologischen Untersuchung aber als Schritt 2 durchgeführt, ist der projektive Test Foto-Hand-Serie. Die von BACH (1977) getroffene Aussage, daß es sich bei der tetanischen Verkrampfung um eine Motivbesetzung von Hand, Mund und Fuß handeln könnte, sollte ebenfalls versuchsweise überprüft werden. Entweder handelt es sich seiner Meinung nach bei dem Tetaniesyndrom um einen "Rückfall in stammesgeschichtliche Primitivreaktionen" (rhythmische Bewegungen der Hände und Füße des Säuglings bei der Nahrungsaufnahme) oder um die Reaktion mit dem Zweck der "Vereitelung der Verwirklichung der Mordimpulse", die lediglich ihren symbolischen Ausdruck im Anfallsverlauf der sich verkrampfenden Hände findet. Diese Aussagen wurden von uns als Anregung aufgegriffen, um eine projektive Untersuchung zu diesem Aspekt in die Gesamtuntersuchung mit hineinzunehmen. Dem Probanden wurden 12 Abbildungen von Handstellungen nach der Reihe vorgelegt, mit der Anweisung, uns mitzuteilen, was diese Hand oder Hände ihrer Meinung nach gerade tun. Die Antworten wurden von uns notiert. Neben sonst themenneutralen

Handabbildungen zeigten Abbildungen 3 und 7 (s. S. 129 ff) die typischen Handstellungen während der tetanischen Verkrampfung. Die Antworten sollten dahingehend ausgewertet werden, ob projektive Antworten in Richtung beider BACH'scher Vermutungen gegeben wurden.

Für den letzten vierten Teil der psychologischen Untersuchung formulierten wir 13 anamnestische Fragen zum Anfallszeitpunkt, zur Anfallszene, zu Suizidgedanken und früheren Suizidversuchen sowie zur freien Meinungsäußerung in bezug auf die subjektiv gesehene Beziehungsstruktur zwischen Patient und seinem Partner; unter anderem auch die Frage der Ähnlichkeit in der Partnerwahl (narzißtische Partnerwahl).

4. Die Fragen:

- Frage 1: Wann ereignete sich der erste Anfall?
- Frage 2: Wann ereignete sich der letzte Anfall?
- Frage 3: Welche Person war am häufigsten bei den Anfällen dabei? Wer beim ersten Anfall?
- Frage 4: Hatten Sie schon mal Suizidgedanken?
- Frage 5: Haben Sie schon mal einen Suizidversuch gemacht?
- Frage 6: Wie fühlen Sie sich, wenn Ihr Partner mal nicht zur vereinbarten oder gewohnten Zeit nach Hause kommt? Sind Sie dann eher beunruhigt, wenn er nicht da ist, oder reagieren Sie eher gelassen oder mit Empörung?
- Frage 7: Können Sie die Momente genießen, wenn Ihr Partner mal nicht da ist? Oder neigen Sie dazu, Ihre ganze Zeit am liebsten mit Ihrem Partner zu verbringen?
- Frage 8: Wenn Sie sich in einem Streit mit Ihrem Partner ungerecht behandelt fühlen, können Sie dieses Gefühl Ihrem Partner gegenüber äußern oder behalten Sie eher dieses Gefühl für sich?
- Frage 9: Wenn Ihr Partner mal etwas Ungerechtes getan hat, wünschen Sie sich dann im Geheimen, daß er dafür eigentlich bestraft werden müßte? Oder strafen Sie ihn sogar auf Ihre Art?

Frage 10: Haben Sie eigentlich Mitleid mit Ihrem Partner, so nach dem Motto: na ja, er kann ja nichts dafür, wenn er so zu mir ist. Wollen Sie auf diese Art das Geschehene herunterspielen, beschwichtigen?

Frage 11: Nehmen Sie Ihren Partner eher in Schutz oder beschuldigen Sie ihn eher, zum Beispiel bei ungerechtem Verhalten Ihres Partners Ihnen gegenüber oder anderen Personen?

Frage 12: Was schätzen und bewundern Sie an Ihrem Partner?

Frage 13: Was verachten Sie an Ihrem Partner?

Die Untersuchungsdauer richtete sich je nach Arbeitstempo der einzelnen Patienten, war aber in keinem der Fälle kürzer als 1 Stunde und nicht länger als 2 1/2 Stunden. Im Durchschnitt war die Untersuchung nach 1 1/2 Stunden beendet.

Empirische Untersuchung

Stichprobe I

(Hyperventilationstetanie)

In einem Zeitraum von 3 Jahren haben wir insgesamt mit 26 Tetaniepatienten brieflich Kontakt aufgenommen, mit der Bitte um Teilnahme an der geplanten Untersuchung. Diese Patienten wurden in Erst- oder Zweitsicht von Herrn Prof. BACH angesehen. Das Institut für Psychotherapie hatte sie unausgewählt vermittelt. Ausschlaggebend für die Vermittlung war die klinisch gesicherte Diagnose einer Hyperventilationstetanie; lediglich stellte sich bei einer untersuchten Patientin nach Abschluß unserer Auswertung und schriftlicher Interpretation heraus, daß es sich bei ihr um keine gesicherte Hyperventilationstetanie handeln würde. Sie wurde dennoch aus Verfahrensgründen im Sample beibehalten. 21 Patienten haben zugestimmt und an der Untersuchung teilgenommen. Unter den 5 Absagen fand sich zum Beispiel eine Patientin, die nach vorheriger, mehrmaliger Terminverschiebung telefonisch ihre Teilnahme doch noch absagte. Eine weitere Patientin hatte zu zwei unterschiedlichen Terminen zugesagt, erschien dann aber weder zu der einen noch zu der anderen Verabredung; im nochmaligen telefonischen Gespräch mit ihr erhielten wir die endgültige Absage mit der Begründung, daß sie sich zu depressiv für eine derartige Untersuchung fühle. Darüberhinaus erhielten wir eine schriftliche Absage eines Patienten nach zweimaligem Anschreiben durch uns, mit dem Hinweis: "Ich möchte Sie bitten, von weiteren Terminvorschlägen abzusehen, da ich beruflich sehr stark beschäftigt bin, und ich mich sehr oft in Westdeutschland befinde." Eine weitere telefonische Absage erreichte uns ohne Begründung und eine Anfrage blieb unbeantwortet; nach telefonischer Rückfrage durch uns sagte die Patientin wegen Zeitmangel ab.

Es fiel uns auf, daß wir große Mühe hatten, mit den Probanden mit Hyperventilationstetanie einen passenden Termin zu vereinbaren. Die Terminabsprachen gestalteten sich von Seiten der Probanden äußerst schwierig, da sie zu den Zeiten, die wir vorschlugen, andere "wichtige" Dinge zu erledigen hatten. Es ist wohl unserer "Hartnäckigkeit" zu verdanken, daß es uns dennoch gelang, eine ausreichende Anzahl von Probanden zu untersuchen.

Für die Auswertung der Stichprobe I konnten wir somit 21 Untersuchungen verwerten:

N = 21 GT/S + SU/S

N = 19 GT/F

N = 18 GT/F Th + SU/F*,

die in Tabelle 1 nach Kennzeichen, Geschlecht, Alter, Familienstand, Berufstätigkeit und Zeitpunkt des ersten tetanischen Anfalls biografisch aufgegliedert dargestellt sind.

Tabelle 2 zeigt die zufällige Altersverteilung und Geschlechtsverteilung bei der Untersuchung.

Tabelle 3 zeigt die Altersverteilung der Probanden bei Auftreten des ersten Hyperventilationsanfalles mit Tetaniesymptomatik.

*Eine um Fremdbeurteilung gebetene Psychotherapeutin reagierte auf unsere Anfrage mit Schweigen. Es ging um die Einschätzung zweier untersuchter Patienten. Im Telefonat mit ihr fragte sie uns: "Ist die Sache denn so wichtig?". Zeitmangel und die "Unbedeutenheit" unseres Anliegens schien ihr ausreichend genug, um uns zu sagen: "Na ja, ich werde mich bemühen.". Die Therapeutin meldete sich nicht mehr bei uns.

Kennz. Geschlecht Alter Familien- Beruf Alter
stand (1.Anfall)

IW	w	24	led.	Sozialarbeiterin	19,5
KH	w	29	verh.	Verwaltungsangest.	28
UK	w	39	verh. (4. Ehemann)	Angest. o. derztg. Tätigkeit	38
LD	w	28	verh.	Einzelhandelskfm.	26,5
KS	w	36	verh.	Buchhalterin	33
UB	w	55	gesch.	Kaufm. Angestellte	16
FO	m	21	verl.	Lehrling	19
RB	m	27	led.	Dekorateur	24,5
IT	w	41	gesch.	Verwaltungsangest.	26
EL	w	41	verh.	Reinemachefrau	38,5
KG	w	32	gesch.	Einzelhandelskfm.	25
MR	w	28	gesch.	Sozialarbeiterin	24,3
BB	w	25	verh.	Hausfrau	23,2
PM	m	37	led.	Student	23
PT	m	42	verh.	Vollzugsbeamter	40
GG	w	24	led.	Schülerin	21,5
AK	w	36	gesch.	Kassierin	20
ID	w	24	gesch.	Verkäuferin o derztg. Tätigkeit	20
MM	w	28	verh.	Justizangestellte	19
UL	w	27	led.	Fremdsprachensekretärin	26
LB	w	40	verh.	Verwaltungsangestellte	17

Tabelle 1

Geschlechtsverteilung: 17 Frauen
4 Männer

(Zufallsverteilung)

Altersverteilung
bei der
Untersuchung:

Mittleres Alter:
32,5 Jahre

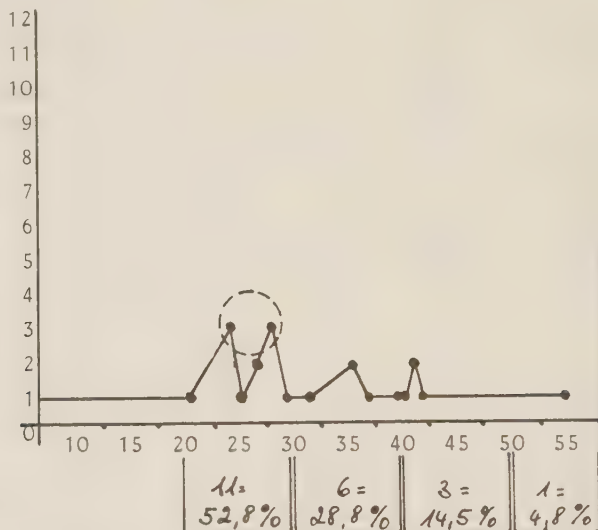


Tabelle 2

Altersverteilung
beim Auftritt des
1. Anfalles:

Mittleres Alter:
25,1 Jahre

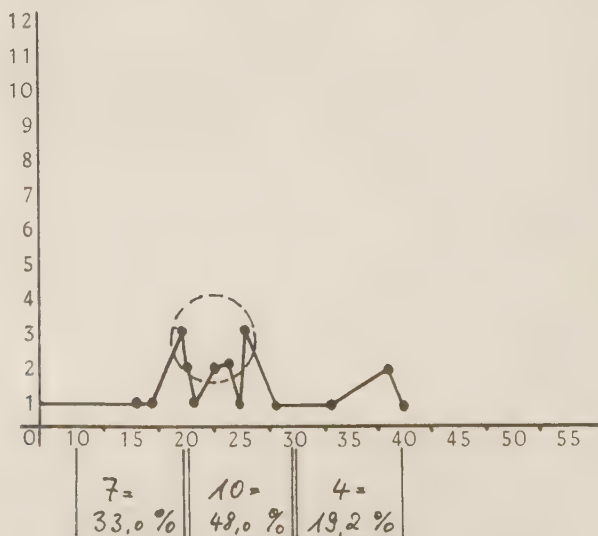


Tabelle 3

Stichprobe II

(Kontrollgruppe)

Parallel zur Stichprobe I wurden 23 unausgelesene Probanden von uns angeschrieben, von denen 20 an der psychologischen Untersuchung teilgenommen haben. Es handelte sich bei dieser Gruppe um Personen, die sich im Institut für Psychotherapie gemeldet hatten mit der Bitte, in eine analytische Therapie vermittelt zu werden. Die Auswahl der Patienten erfolgte auch hier nach dem Zufall. Alle Patienten hatten bereits die beiden Interviews zur Anamnese hinter sich. Es wurde uns glaubhaft bestätigt, daß keiner dieser Probanden an Hyperventilationstetanie leide und in jedem Fall zum Kreis der Psychoneurotiker oder Psychosomatiker anderer Syndrome zu zählen sei.

Eine Probandin hatte ihre Teilnahme abgelehnt mit der Begründung: " Ich möchte dies nicht ein weiteres Mal machen". Eine weitere Patientin hatte ein schweres Augenleiden, so daß wir Bedenken hatten, ob eine Untersuchung, die überwiegend aus dem Beantworten von Fragebögen besteht, für diese Patientin nicht eine Überforderung und damit ein ungestörtes Mitarbeiten gewährleistet sei. Ein anderer Patient sagte zu mehreren Terminen zu, diese jedoch immer wieder kurzfristig ab. Er nahm nicht teil. Die Terminabsprachen verliefen bei dieser Gruppe ohne nennenswerte Schwierigkeiten; die von uns vorgeschlagenen Termine wurden überwiegend akzeptiert.

Diese Kontrollgruppe wurde den gleichen Untersuchungsbedingungen ausgesetzt. Bei der Fremdbeurteilung durch den Therapeuten haben wir auf die Beantwortung des Fragebogens SU/S (Suizidfragebogen) verzichtet, da eine Gegenüberstellung zur Stichprobe I die Größe unserer Studie zu sehr ausweiten würde und für die Überprüfung unserer

Hypothesen von geringer Bedeutung zu sein schien.

Die Daten der Kontrollgruppe sollten uns im Vergleich zeigen, ob sich Persönlichkeiten mit Hyperventilationstetanie von Persönlichkeiten mit anderen neurotischen Leiden in unserer Fragestellung signifikant unterscheiden und damit eventuell etwas Spezifisches für diese Gruppe sichtbar wird, was mit dem speziellen Leiden der Hyperventilationstetanie eng verknüpft ist.

Für die Auswertung der Stichprobe II konnten wir somit 20 Untersuchungen auswerten:

N = 20 GT/S

N = 19 GT/F

die in Tabelle 4 nach Kennzeichen, Geschlecht, Alter, Familienstand und Berufstätigkeit biografisch aufgliedert dargestellt sind.

Tabelle 5 zeigt die zufällige Altersverteilung und Geschlechtsverteilung bei der Untersuchung.

Kennz. Geschlecht Alter Familien- Beruf
stand

MN	m	37	verh.	Justitiar
UB	w	31	verh.	Ärztin
MO	w	35	verh.	Drogistin
HC	w	30	verh.	MTA
BC	w	27	led.	Sozialarbeiterin
UW	w	27	led.	Studentin
WK	w	30	led.	Arztin
LP	m	32	led.	Dipl.-Politologe
DB	w	31	led.	Dipl.-Politologin
OG	w	32	led.	Phonotypistin
GK	w	23	led.	Studentin
NB	m	24	led.	Student
MZ	w	27	led.	Dipl.-Biologin
SH	w	25	led.	Studentin
RS	w	29	led.	Sekretärin
MK	w	26	led.	Schülerin
DH	w	28	led.	Sekretärin
CZ	w	27	led.	Werbewirt
GA	w	29	led.	Lehrerin
CG	w	29	led.	Schülerin

Tabelle 4

Geschlechtsverteilung: 17 Frauen (Zufallsverteilung)
3 Männer

Altersverteilung
bei der
Untersuchung:

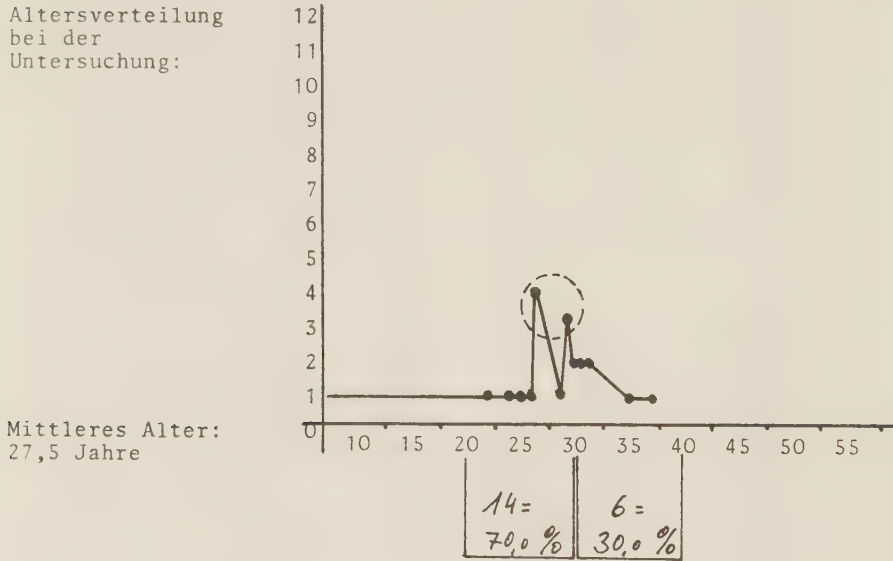


Tabelle 5

Auswertung der Untersuchungen

Stichprobe I

(Hyperventilationstetanie)

Gießen-Test Auswertung

Selbst- und Fremdbeurteilung (betrifft beide GT/F)

GT/S N = 21

GT/F N = 19

GT/F Th N = 18

(Skalen im Anhang)

Skala 1: Negative Resonanz - positive Resonanz

GT/S	13	/	8
	(61,9 %)		(38,1 %)

Zwei von fünf Probanden (oder 8 von 21) aus der Gruppe der Patienten mit Hyperventilationstetanie sehen sich positiv im Bereich ihrer sozialen Resonanz, während 61,9 % (13 von 21) der Stichprobe ihre soziale Resonanz negativ bewertet.

3 Probanden (14,3 %) urteilen über sich auffallend negativ. 1 Proband (4,5 %) hat mit 35 RW ein ausgeprägt positives Selbstbild bezüglich seiner persönlichen Wirkung im sozialen Feld.

Interpretation

Die Mehrheit unserer Probanden meinen offenbar, daß sie im Vergleich zu anderen Menschen nicht sehr beliebt und geschätzt sind, wobei ihre selbst gesehene Unattraktivität im Erscheinungsbild mit eine Rolle spielen mag. In diesem Zusammenhang legen die meisten Probanden auch keinen wesentlichen Wert auf ihre äußere Erscheinung und vernachlässigen sie. Hübsches oder schönes Aussehen ist ihnen eigentlich egal.

Sie erleben sich im Umgang mit anderen Menschen nicht als gleichwertig. Dieses macht es ihnen besonders schwer, verdiente Anerkennung für ihre Arbeitsleistung zu bekommen.

Da ihre sozialen Beziehungen eher frustrierend akzentuiert sind, ist es für sie im Vergleich zu anderen Menschen schwer, ihre Wünsche und Bedürfnisse angemessen zu befriedigen. Sie müssen - so meinen die Probanden - im Leben auf die Realisierung so mancher Interessen aus Mangel an genügender Durchsetzungsfähigkeit verzichten.

Die Mehrheit unserer Probanden neigen demzufolge dazu, sich auf ein "negatives Ankommen" bei ihren Mitmenschen einzustellen.

Fremdbeurteilung

GT/F	10	/	9
	(52,6 %)		(47,4 %)
GT/F Th	11	/	7
	(57,8 %)		(42,2 %)

Tendenziell werden die Probanden ebenso negativ von knapp der Hälfte der Fremdbeurteiler (52,6 %)(Familie, Bekannte) gesehen, wie sie sich selbst sehen. 47,7 % der Fremdbeurteiler sehen die Probanden eher in einem positiven sozialen Licht; 2 Beurteiler halten sogar die Probanden für erfolgreicher in ihren sozialen Bezügen, als andere Mitmenschen es sind.

Die abgegebenen Fremdbeurteilungen durch die Therapeuten decken sich meiningsmäßig mit den gerade beschriebenen Fremdbeurteilungen. Die Therapeuten geben auf der Skalen-seite "positive Resonanz" keine Extremwerte.

Skala 2: Dominant - gefügig
 GT/S 11 / 10
 (52,4 %) (47,6 %)

Mit 52,4 % in Richtung dominant und 47,6 % in Richtung gefügig, verteilt sich die Stichprobe auf der Skala 2 annähernd gleichmäßig in beide Polrichtungen. 2 Probanden (9,5 %) zeichnen ein extrem dominantes Selbstbild; 1 Proband (4,7 %) sieht sich extrem gefügig.

Interpretation

Obwohl eine leichte Tendenz zu einem dominant geprägten Selbstbild zu verzeichnen ist, meint jeder zweite Proband, in seinem Verhalten nicht zu dominieren, d. h. sich eher als gefügig zu betrachten.

11 Probanden geben zu, gern dominieren zu wollen. In diesem Streben nach Führung und Lenkung anderer Menschen wollen sie sich wenig geduldig verhalten und neigen zu eigen-sinnigen Reaktionen. Die Folge sind häufige Auseinander-setzungen, in die sie zwangsläufig "hineinschliddern". Ihre autoritäre, aggressive Haltung läßt wenig Anpassungs- und Kooperationsbereitschaft zu, zum Beispiel im Arbeits-feld. Sie wissen um ihre "Herrschaftsansprüche", die in vieler Hinsicht ihr Verhalten bestimmen, und die damit einhergehende Konflikterzeugung - meinen aber, mit guten schauspielerischen Fähigkeiten ausgestattet zu sein, die ihnen ihre "soziale Rolle" spielen läßt.

Fremdbeurteilung

GT/F 10 / 9
 (52,6 %) (47,4 %)
 GT/F Th 12 / 6
 (66,6 %) (33,4 %)

Von ihrem Partner bzw. Bekannten werden unsere Probanden nur geringfügig abweichend vom Selbstbild in Richtung dominant und impulsiv eingeschätzt. Etwas weniger als die Hälfte der Probanden werden als gefügig erlebt.

Im Vergleich zur "normalen" Population bezeichnen die Fremdbeurteiler jeden zweiten Probanden auffällig aggressionsgehemmt, anpassungswillig mit deutlichen Unterordnungstendenzen. Zwei Probanden erhielten sogar auf dieser Skala (gefügig) die Höchstwerte von 40 und 41 RW.

An den Fremdbeurteilungen der Therapeuten ist abzulesen, daß jeder dritte Proband (6 von 18) als eine Persönlichkeit mit gefügigem, geduldigem Verhaltensmuster betrachtet wird. Zwei von drei Probanden (12 von 18) werden als mehr dominant - ausdrucksmäßig wie in den o. beschriebenen Strebungen - beurteilt. Die Mehrheit der Therapeuten sind im Vergleich zu den Selbst- und Fremdbeurteilungen eher davon überzeugt, daß die Probanden sich ihren Mitmenschen gegenüber durch dominantes Verhalten präsentieren.

<u>Skala 3: Unterkontrolliert</u>		-	<u>überkontrolliert</u>	
GT/S	16	/	5	
	(76,2 %)		(23,8 %)	

In der Selbstbetrachtung halten sich 76,2 % der Probanden - und damit die deutliche Mehrheit - für unterkontrolliert. 3 Probanden neigen zu einer extrem hohen Selbstbewertung mit zweimal 16 RW und einmal 17 RW.

Für leicht überkontrolliert - geringfügig abweichend von der mittleren Norm - halten sich 2 Probanden und eindeutig überkontrolliert sehen sich 3 Probanden.

Interpretation

Unsere Probanden sehen sich in der Mehrzahl als Menschen, die eine bequeme Lebensgestaltung einem mehr eifrigen, mühevollen Leben vorziehen. Sie meinen, daß ihre Lebensweise wenig ordentlich ist, und sie grundsätzlich nicht "auf den Pfennig" schauen. Im Umgang mit Geld vertreten sie die Auffassung, daß andere Menschen im Vergleich zu ihnen sicherlich besser damit umzugehen verstehen. Was die Wahrheitsliebe angeht, so neigen die meisten Probanden zu einer großzügigen Haltung in dieser Sache. Sie lassen sich ihrer Ansicht nach weitgehend von inneren Impulsen leiten und schätzen sich als Menschen ein, die leicht ausgelassen und fröhlich sein können. Es fällt ihnen aber dabei auf, daß sie nur wenige Fähigkeiten haben, bei einer Sache zu bleiben.

Im großen und ganzen werden von den meisten Probanden die Tugenden wie Ordnungsliebe, Pünktlichkeit und Wahrheitsliebe nicht so genau genommen.

Fremdbeurteilung

GT/F	14	/	5
	(73,7 %)		(26,3 %)
GT/F Th	6		12
	(33,3 %)		(66,7 %)

Die Fremdbeurteilungen weichen statistisch nicht signifikant von den Selbstbeurteilungen ab. Es sind nahezu identische Meinungsbilder. Von den 5 Probanden, die für überkontrolliert angesehen werden, erhielt 1 Proband mit 39 RW einen Wert, der knapp unter dem Höchstwert von 42 RW liegt.

Die Therapeuten dagegen sehen die Probanden mehr zwanghaft strukturiert. Sie halten im Gegensatz zu den o. Selbst- und Fremdbeurteilungen nur jeden dritten Probanden für eine Persönlichkeit mit unterkontrolliertem Verhalten und damit durchschnittlich zwei von drei für überkontrolliert. Sie meinen, die Probanden seien über-eifrig und machen die genannten sozialen Tugenden zum moralischen Wegweiser ihres Handelns. Die Therapeuten geben in dieser Skala für 4 Probanden relativ hohe Werte (36 RW, 36 RW, 37 RW, 38 RW) in Richtung überkontrolliert ab.

<u>Skala 4: Hypomanisch</u>	-	depressiv
GT/S	1 / 20	
	(4,7 %)	(95,3 %)

Die Auswertung der Fragen zur Selbstbeurteilung der Grundstimmung spiegelt auf der Wertskala ein auf 20 von 21 Probanden zutreffendes Abbild im Ausmaß von leichter bis schwerer depressiver Grundstimmung. 9 Probanden verzeichnen Werte, die eine hochgradige Depressivität anzeigen. Mit den Werten 34 RW (4 mal) und 36 RW (3 mal) liegt der Skalengipfel annähernd bei den Maximalwerten. Die anderen Depressivwerte verteilen sich linear gleichmäßig bis zum Normaldurchschnitt, der bei 23 RW gipfelt. 1 Proband beurteilt seine Grundstimmung tendenziell als hypomanisch, liegt aber mit seinem RW 22 an der unmittelbaren Grenze zwischen hypomanisch und depressiv.

Interpretation

Die Probanden haben in der Selbstbeurteilung ihrer Grundstimmung einheitlich das Gefühl, daß ihre Stimmungslage fundamental depressiv ist. Sie denken oft über sich und ihre Probleme nach. Sie grübeln und neigen zu immer wiederkehrenden Selbstvorwürfen. Mit dem Ärgergefühl können sie nicht angemessen umgehen, sie meinen, daß sie ihn in sich "hineinfressen". Die Probanden empfinden diese Gefühle als eine schwere Last, die entsprechende Bedrücktheitsgefühle hervorruft. Sie kennzeichnen sich selbst als selbstunsichere Persönlichkeiten, die besonders ängstlich und damit eher schutzsuchend in ihren sozialen Bezügen sich verhalten. Sie sehen die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen dem Zustand ihrer inneren emotionalen Verfassung und den äußeren Lebensbedingungen, die - falls sie verändert werden würden - ihre Grundstimmung positiv beeinflussen würde.

Fremdbeurteilung

GT/F	1	/	18
	(5,3 %)		(94,7 %)
GT/F Th	2	/	16
	(11,1 %)		(88,9 %)

Die Fremdbeurteilungen aus dem unmittelbaren persönlichen Lebenskreis der Probanden sind mit 94,7 % auf der Skala in Richtung depressiv eingezeichnet. Im Vergleich zu den Selbstbeurteilungen streuen die RW der Fremdbeurteilungen breiter mit einem Höchstwert von 42 RW. Demnach werden die Probanden von ihren Partnern/Bekannten ebenso depressiv wahrgenommen, wie sie sich selbst einschätzen. 1 Proband wird in seinem Fremdbild als hypomanisch beurteilt.

Die Fremdbeurteilungen der Therapeuten verteilen sich mit ihren Werten zu 88,9 % gleichmäßig auf der Skala in Richtung depressiv und stimmen demnach mit der Selbstbeurteilung und der obigen Fremdbeurteilung überein. Hier sind ebenfalls hohe RW für Depressivität gegeben worden.

2 Probanden werden von den Therapeuten in ihrer Grundstimmung als leicht hypomanisch betrachtet, liegen aber genauer gesehen mit ihren RW von 22 vor der Grenze zum Bereich Depressivität.

<u>Skala 5: Durchlässig</u>	-	retentiv
GT/S	13 / 8	
	(61,9 %)	(38,1 %)

Die Probanden sehen sich mehrheitlich in ihren psycho-sozialen Bezügen als durchlässig an. 7 Probanden glauben, daß sie im Umgang mit anderen Menschen eher mehr durchlässig sind als andere Menschen; sie haben jeweils einen RW zwischen 10 und 14. 5 Probanden liegen auf der Skala zwischen 10 und 14 RW. Sie scheinen sich von der Norm in Richtung mehr Durchlässigkeit als andere zu entfernen.

38,1 % der Probanden haben die Meinung von sich, daß sie in ihren psycho-sozialen Bezügen retentiv sind; 4 von diesen 8 Probanden unterscheiden sich nicht von der Norm, die anderen 4 Probanden sehen sich retentiver als andere Menschen es sind, wobei 1 Proband mit RW 40 sich als äußerst verschlossen beurteilt.

Interpretation

Die Mehrheit der Probanden meinen, daß sie im sozialen Kontakt leicht aus sich herausgehen können und eine Unbeschwertheit in der Wahrnehmung ihrer Gefühle zum Ausdruck bringen. Durch das Vertrauen, das sie angeblich anderen Menschen entgegenbringen, haben sie den Eindruck, anderen Menschen im Kontakt emotional sehr nahe zu sein. Das Vertrauen, das sie in sich verspüren, ist für sie Grund genug, viel von sich preis zu geben. Dabei meinen sie, halten sie mit ihren Bedürfnissen nach liebevoller Zuwendung nicht zurück, im Gegenteil, sie demonstrieren diese Wünsche den anderen Menschen gegenüber äußerst offen. Sie glauben, diese Offenheit ist für sie besonders wichtig, da sie selbst sich für intensiv erlebnisfähig in der Liebe halten.

Eine kleine Gruppe (8 Probanden) der Befragten wollen

sich nach eigenen Angaben im sozialen Kontakt verschlossen und zurückhaltend geben, was ihre Gefühle betrifft. Sie wollen nicht so gerne in sich hineinklicken lassen oder sich gefühlsmäßig so leicht öffnen.

Fremdbeurteilung

GT/F	13	/	6
	(68,4 %)		(31,6 %)
GT/F Th	5	/	13
	(27,7 %)		(72,3 %)

Die Fremdbeurteiler schätzen die Probanden mehrheitlich als durchlässig in ihren sozialen Bezügen ein. Nur jeder dritte Proband wird als eher retentiv gesehen. Diese Probanden werden dann auch gleich in der Überzahl als auffällig verschlossen beurteilt. 4 der 6 Probanden auf der Retentivskala kennzeichnen sich durch Werte zwischen 33 und 36 RW.

Im Gegensatz zur Selbst- und obigen Fremdbeurteilung meinen die Therapeuten, daß die Probanden doch wohl eher retentiv im Umgang mit ihren Mitmenschen einzuschätzen sind. Die Therapeuten wiederum beurteilen nur jeden dritten Probanden als durchlässig, während 2 von 3 als retentiv im Verhalten angesehen werden.

Diese Beurteilung steht spiegelbildlich im Verhältnis zur obigen Fremdbeurteilung. Mit 35 und 38 RW werden 2 Probanden als nahezu extrem retentiv beurteilt.

<u>Skala 6: Sozial potent</u>		-	sozial impotent	
GT/S	16	/	5	
	(76,2 %)		(23,8 %)	

Die Mehrheit der Probanden erleben sich in ihren Sozialbezügen als potent, d. h. 3 von 4 Probanden meinen, daß sie über sozial potente Fähigkeiten verfügen. Die Werte weichen tendenziell leicht ab in Richtung mehr soziale Potenz als vergleichbar andere Menschen. Für sozial impotent halten sich 23,8 % (5 von 21) der befragten Probanden und geben damit Selbstbilder, von denen 4 Beurteilungen im Normalbereich liegen und 1 Beurteilung auf eine hohe soziale Impotenz schließen läßt.

Interpretation

Dreimal so viele Probanden sehen sich eher mit mehr Möglichkeiten sozialer Potenz ausgestattet als Probanden, die mehr dazu neigen, sich als sozial impotent einzustufen. Die Mehrzahl der Probanden meinen, daß sie den geselligen Umgang mit anderen Menschen suchen. Dabei fühlen sie sich gegenüber dem anderen Geschlecht unbefangen und sicher, auch im Falle von sexuellen Kontakten. Sobald sie einen Partner gefunden haben, glauben sie, ihm besonders viel Liebe schenken zu können, da ihre Liebes- und Hingabefähigkeit kaum Grenzen kennt. Es fällt ihnen in ihren Beziehungen angeblich leicht, sich gegebenenfalls für länger an einen anderen Menschen zu binden. Sie halten sich für besonders phantasievoll und sind bestrebt, andere Menschen in ihren Bemühungen zu übertreffen; hier wollen sie sehr viel Selbstvertrauen haben und sich nicht vor Konkurrenz scheuen.

Fremdbeurteilung

GT/F	16	/	3
	(84,2 %)		(15,8 %)
GT/F Th	8	/	10
	(44,4 %)		(55,6 %)

Die Fremdbeurteilungen der Partner liegen mehrheitlich auf der Skala in Richtung soziale Potenz. Die Probanden werden hier so gesehen, wie sie sich selbst sehen. Geringfügige Unterschiede liegen in der Höhe der R-Werte; beide Streuungen geben ein identisches Bild.

Die Therapeuten sind hier gegenteiliger Auffassung. Sie halten grob betrachtet jeden zweiten Probanden für sozial impotent. 55,6 % - und damit etwas über die Hälfte - liegen mit ihren R-Werten auf der Skala sozialer Impotenz. Die Therapeuten gestehen den Probanden nicht so viel Selbstvertrauen und soziale Sicherheit zu, wie von den Probanden aus eigener Sicht und aus der Sicht der obigen Fremdbeurteiler angenommen wird.

Einstellungsskala M: O-Werte

Aussage der O-Werte ist, daß kein Unterschied im Vergleich zu anderen Menschen erlebt wird.

GT/S	16 (80,9 %)	/	5 (19,1 %)
GT/F	14 (73,7 %)	/	5 (26,3 %)
GT/F Th	16 (88,9 %)	/	2 (11,1 %)

Die Selbst- und Fremdbeurteilungen zeigen in ihrer Gegenüberstellung keine statistisch wesentlichen Abweichungen. Bei den drei Populationsgruppen wurden von der Mehrheit der Befragten weniger M-Antworten gegeben als die Norm, weichen aber im Mittelwert nicht signifikant von der Norm ab.

Interpretation

Nach BECKMANN/RICHTER deutet dieses Ergebnis weder auf eine eindeutig emotionale Indifferenz hin noch auf eine eindeutig zwanghafte Selbstkontrolle der Probanden hin. Es läßt sich u. E. sowohl bei den Selbstbeurteilungen als auch bei den Fremdbeurteilungen das vorliegende O-Wert Ergebnis für keine wesentliche Aussage heranziehen.

Einstellungsskala E: Extremwerte

GT/S	9 (42,9 %)	/	12 (57,1 %)
GT/F	5 (26,3 %)	/	14 (73,7 %)
GT/F Th	7 (38,9 %)	/	11 (61,1 %)

Mehrheitlich neigen sowohl die Selbstbeurteiler als auch die Fremdbeurteiler in ihrer Antwortgebung zu Extremwerten. Genauer gesehen die Selbstbeurteiler und die ersten Fremdbeurteiler gehäuft als die Therapeuten. Die Therapeuten liegen mit ihrem Mittelwert zwar auf der E-Skala in Richtung mehr als die Norm, aber nur mit 1,6 Punkten.

Selbst- und erste Fremdbeurteiler streuen mit ihren Werten auf der Skala bis zu den R-Werten 31 und 30 und liegen im Mittelwert mit GT/S 8,95 um 3,95 und GT/F 12,21 um 7,21 höher als die Norm.

Interpretation

BECKMANN/RICHTER halten eine häufige E-Ankreuzung für ein "agierendes Moment", was auf eine geschwächte Selbstkontrolle hinweisen soll. Die Beurteiler erleben eine Teil der Fragen als "für sie persönlich gefühlsmäßig besonders bedeutungsvoll". Angstgefühle und Gefühle der Hilflosigkeit deuten sich an.

Stichprobe II

(Kontrollgruppe: unausgelesene
Neurotiker)

Gießen-Test Auswertung

Selbst- und Fremdbeurteilung (betrifft ein GT/F)

GT/S N = 20

GT/F N = 19

Skala 1: Negative Resonanz	-	positive Resonanz
GT/S	17 / 3	
	(85 %)	(15 %)

Die Mehrheit der Probanden (85 %) erlebt sich in ihren Sozialbezügen ohne große Resonanz. Positive Resonanz erlebt nur jeder sechste Proband. 1 Proband schätzt seine soziale Resonanz als extrem positiv (12 RW) ein; 1 anderer Proband sieht sich eher extrem negativ. Der Mittelwert (25,25 RW) gipfelt im Normalbereich auf der Skala in Richtung negativer Resonanz.

Interpretation

Im Vergleich zu anderen Menschen meinen 5 von 6 Probanden, daß sie zwar eher eine negative soziale Resonanz haben, aber sich nicht wesentlich von ihren Mitmenschen hierin unterscheiden. Sie schätzen sich nicht sonderlich attraktiv ein und glauben auch eher, bei ihren Mitmenschen unbeliebt als beliebt zu sein. Sie haben ein wenig den Eindruck gewonnen, daß ihre Leistungen andere Menschen nicht zufriedenstellen und durch die gelegentliche Ablehnung, die sie erfahren, glauben sie einen Hinweis dafür zu haben, wie wenig sie doch von anderen Menschen geschätzt werden. Sie meinen, es mißlingt ihnen zu oft, ihre Interessen im sozialen Feld durchzusetzen.

Fremdbeurteilung

GT/F	13	/	6
	(68,4 %)		(31,6 %)

In ihren Fremdbeurteilungen werden die Probanden in der Mehrzahl ebenfalls als Menschen mit negativer sozialer Resonanz betrachtet. Laut Skalierung wird nur jeder dritte Proband als eine Person mit einer mehr positiven sozialen Resonanz gesehen. Grob betrachtet sollen sich aber die Probanden nach Meinung der Fremdbeurteiler weder positiv noch negativ in ihrer sozialen Resonanz von der Normalbevölkerung groß unterscheiden.

<u>Skala 2: Dominant</u>		-	gefügig
GT/S	15	/	5
	(75 %)		(25 %)

Zur Frage der Dominanz sehen sich 75 % der Probanden als ausgeprägt dominant in ihrem Sozialverhalten.

7 Probanden liegen mit ihren R-Werten auffällig weit in Richtung dominant. Sie erleben sich in Gegenüberstellung zu ihren Mitmenschen als dominanter.

Jeder vierte Proband neigt eher dazu, sich für gefügig zu halten. Von dieser relativ kleinen Gruppe wiederum meint jeder zweite Proband, daß er sich im Vergleich zu der Normalbevölkerung nicht wesentlich unterscheidet.

Interpretation

Es fällt auf, daß im Vergleich zu den Probanden mit Hyperventilationstetanie hier mehr Probanden davon überzeugt sind, daß ihr Verhalten in ihren sozialen Bezügen dominant akzentuiert sind. Durch ihre Ungeduld, die sie häufig an den Tag legen, und durch ihr oftmals eigensinniges Auftreten geraten sie nicht gerade selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen. Sie wünschen sich, andere zu lenken, scheinen aber ihre Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit anderen Menschen kaum überwinden zu können.

Fremdbeurteilung

GT/F	17	/	2
	(89,5 %)		(10,5 %)

Die Fremdbeurteiler sind auch der Ansicht, daß die Befragten sich durchweg dominant in ihrem Verhalten geben. Sie sehen die Probanden genauso häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen verstrickt, und geben dafür die gleichen Gründe an, wie die Selbstbeurteiler sie in ihrem eigenen Verhalten beschreiben.

<u>Skala 3: Unterkontrolliert</u>		-	überkontrolliert
GT/S	13	/	7
	(65 %)		(35 %)

Tendenziell scheinen zwei von drei Probanden sich auf den ersten Blick in ihrem Verhalten als normal kontrolliert zu erleben (Mittelwert 24,35). In der Einzelfallbetrachtung sieht sich aber annähernd die Hälfte der 13 Probanden unterkontrollierter im Vergleich zu anderen Menschen, während die zweite Hälfte nahe der Norm sich plaziert.

Interpretation

Die befragten Probanden der Kontrollgruppe neigen mehrheitlich dazu, eine bequeme Lebenshaltung einzunehmen, gepaart mit der Neigung, zum gegebenen Anlaß unbeschwert und ausgelassen sich zu verhalten. Besonders ordnungsliebend schätzen sie sich nicht ein und glauben auch, eher schlecht als recht mit Geld umgehen zu können.

Fremdbeurteilung

GT/F	11	/	8
	(57,9 %)		(42,1 %)

Grob betrachtet hält knapp die Hälfte der Fremdbeurteiler die Probanden für unterkontrolliert in ihrem Verhalten. Die Skalierung zeigt aber, daß 8 Probanden mehr in Richtung unterkontrolliert beurteilt werden, 3 Probanden im Vergleich zu anderen unauffällig sind und 8 Probanden als überkontrolliert erlebt werden. Demnach steht jedem Probanden, der als unterkontrolliert gehalten wird, ein Proband mit überkontrolliertem Verhalten gegenüber. Eine eindeutige Tendenz, wie sie bei den Selbstbeurteilungen in Richtung unterkontrolliert sich abzeichnet, kann bei den Fremdbeurteilungen nicht festgehalten werden. Es scheint, als würde Kontrolle und Kontrollschwäche sich die Waage halten und sich in einem ausgewogenen Verhältnis auf die Befragten verteilen.

Skala 4: Hypomanisch - depressiv
 GT/S 1 / 19
 (5 %) (95 %)

Zu 95 % und mit R-Werten bis zu 38 RW hält sich die Kontrollgruppe für ausgeprägt depressiv in ihrer Grundstimmung.

1 Proband weicht von der Meinung der Gruppe geringfügig ab und sieht sich eher hypomanisch gestimmt; liegt aber mit seinem Wert im Normalbereich.

Interpretation

Die Gruppe der unausgelesenen Neurotiker erleben sich mit nur einer Abweichung eindeutig als Depressiv. Diese Menschen halten sich für äußerst bedrückt und glauben, häufig über innere Probleme nachdenken zu müssen, was bei ihnen zu Selbstvorwürfen führt. Sie meinen, sehr ängstlich zu sein und sich Schutz suchend an andere Menschen anlehnen zu müssen. Statt andere, kritisieren sie sich ständig selbst und finden dabei keine Möglichkeiten, ihren Ärger über andere in der Außenwelt abzureagieren; diesen behalten sie für sich.

Fremdbeurteilung

GT/F 2 / 17
 (10,5 %) (89,5 %)

Die Fremdbeurteiler schätzen die Grundstimmung der Probanden in gleicher Weise depressiv ein. 17 von 19 der Befragten haben diese Meinung, während 2 Probanden im Vergleich zur Norm als hypomanischer erlebt werden. Die R-Werte verteilen sich im einzelnen auf der Depressiv-Skala annähernd gleichmäßig zwischen den Werten 23 - 38 RW und geben damit ein Bild ab wie auf der Selbstbeurteilungsskala. Mit einem Mittel von 28,42 RW weicht die Gruppenmeinung statistisch nicht signifikant von der Gruppenmeinung der Selbstbeurteiler (30,95 RW) ab.

<u>Skala 5: Durchlässig</u>	-	retentiv
GT/S	8	12
	(40 %)	(60 %)

Die Mehrheit der Probanden erlebt sich in ihren psycho-sozialen Bezügen als verschlossen und zurückhaltend. Demnach tendieren unausgelesene Neurotiker - d. h. drei von jeweils fünf der Befragten - dazu, sich in ihrem Kontakterleben signifikant in Richtung retentiv zu beurteilen. Extremwerte liegen in beide Skalenrichtungen: durchlässig (1 mal 12 RW) und retentiv (1 mal 36 RW und 1 mal 39 RW).

Interpretation

Unausgelesene Neurotiker neigen dazu, sich in sozialen Kontakten anderen Menschen emotional nicht zu nähern. Sie halten sich auf Distanz, da sie befürchten, sonst viel von sich preis geben zu müssen. Das Vertrauen anderen Menschen gegenüber ist nicht gerade besonders groß. Es handelt sich bei diesen Menschen um Persönlichkeiten, die selbst genau wissen, daß sie sich verschlossener geben als andere Menschen, und daß sie es besonders schwer haben, wenn sie mal aus sich herausgehen wollen oder sollen. Dadurch, daß sie glauben, wenig von ihren eigenen Bedürfnissen nach Nähe und Liebe anderen Menschen mitteilen zu können, halten sie sich auch für wenig erlebnisfähig, im besonderen, wenn es um die Liebe geht.

Fremdbeurteilung

GT/F	9	/	10
	(47,3 %)		(52,7 %)

Die Fremdbeurteiler weichen in ihrer Meinung nicht von den Selbstbeurteilungen ab. In 52,7 % der Fälle werden die Probanden in ihrer Kontaktbereitschaft als retentiv beschrieben. Aber auch nahezu ebensoviele Probanden werden

als durchlässig gesehen. Mit den Extremwerten (1 mal 36 RW, 1 mal 37 RW, 2 mal 38 RW, 1 mal 39 RW) wird die Hälfte der retentiv Beurteilten als extrem undurchlässig wahrgenommen, was eine Tendenz bei unausgelesenen Neurotikern in diese Richtung anzeigt. 1 Proband erhielt einen Extremwert von 7 RW in Richtung Durchlässigkeit.

Skala 6: Sozial potent	-	sozial impotent
GT/S	8	12
(40 %)	/	(60 %)

Tendenziell sieht sich die Mehrheit der Probanden selbst als sozial nicht sehr potent an; dagegen glauben 40 % der Befragten, in ihrem sozialen Kontaktverhalten potent zu sein. Mit 9 RW glaubt 1 Proband, über erheblich mehr soziale Potenz zu verfügen als andere Menschen; 1 Proband ist bei sich vom extremen Gegenteil überzeugt, er hält sich für sozial impotenter als seine Mitmenschen.

Interpretation

Dem Ergebnis zufolge halten sich unausgelesene Neurotiker für ungesellige Menschen, die sich dem anderen Geschlecht gegenüber gehemmt fühlen. Ihr Interesse andere Menschen zu übertreffen, ist äußerst gering. Im Vergleich zu anderen Menschen meinen sie, nicht sonderlich viel Phantasie und Selbstvertrauen zu haben. Es ist sehr schwierig für sie, sich an andere Menschen für eine lange Zeit zu binden, und sie glauben, wenig Liebe geben zu können.

Fremdbeurteilung

GT/F	8	/	11
(42,1 %)			(57,9 %)

Die Probanden der Kontrollgruppe werden von ihren Fremdbeurteilern tendenziell so gesehen, wie sie sich selbst einschätzen, wobei eine leichte Neigung zur sozialen Impotenz sich abzeichnet. 11 der 19 Probanden liegen auf der Skala sozialer Impotenz mit einem Gipfel bei 22 RW und 23 RW (3 mal 22 RW, 4 mal 23 RW), womit die Meinung nur geringfügig von der Meinung der Gesamtbevölkerung abweicht. 8 der 19 Probanden erhielten eine Beurteilung in Richtung sozialer Potenz mit einem Extremwert

der bei 8 RW liegt. Verursacht durch diesen hohen Wert auf der Skala sozial potent, ist der Mittelwert (20,94 RW) in Richtung sozialer Potenz verschoben, was im Mittelwertprofil ein etwas verzerrteres Bild liefert als die Tendenz in der Einzelfallbetrachtung anzeigt.

Einstellungsskala M: O-Werte

Aussage der O-Werte ist, daß kein Unterschied im Vergleich zu anderen Menschen erlebt wird.

GT/S	18	/	2
	(90 %)		(10 %)
GT/F	13	/	6
	(68,4 %)		(31,6 %)

Im Vergleich zu der Einstellung der Fremdbeurteiler geben die Selbstbeurteiler (18 von 20) weniger M-Antworten als die Norm.

Interpretation

Siehe hierzu die Interpretation der Stichprobe I auf Seite 71.

Einstellungsskala E: Extremwerte

GT/S	4	/	2	/	14
	(20 %)		(10 %)		(70 %)
GT/F	6	/	2	/	11
	(31,5 %)		(10,5 %)		(58 %)

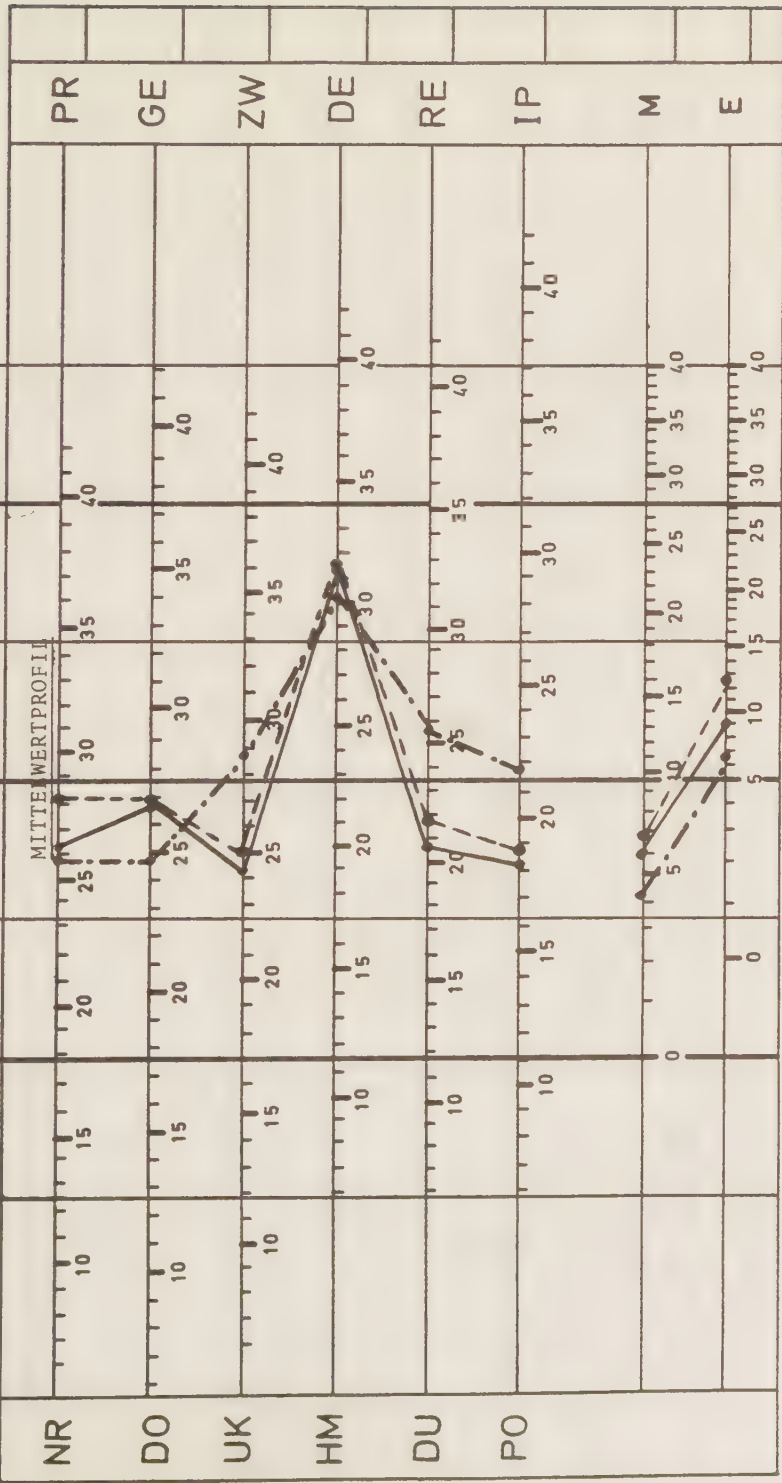
Die Selbstbeurteiler und die Fremdbeurteiler geben im Mittel mehr Extrem-Antworten als die Norm. Im Einzelfall neigen die Selbstbeurteiler eher dazu als die Fremdbeurteiler.

Interpretation

Siehe hierzu die Interpretation der Stichprobe I auf Seite 72.

% - Rang
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

RW



(beurteilt von _____)

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

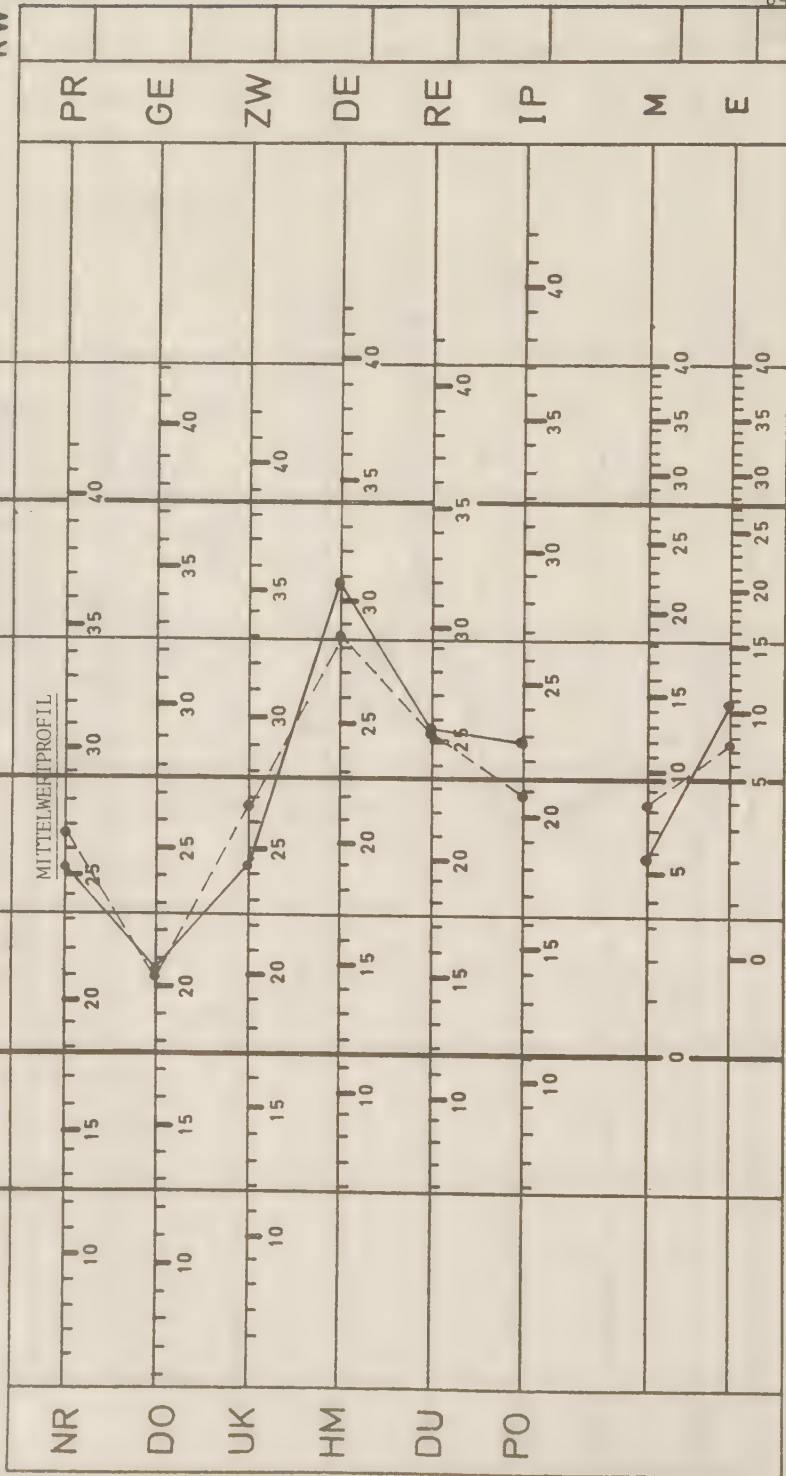
--- Selbstbeurteilung

--- Fremdbeurteilung

Th - Fremdbeurteilung

% - Rang 0,1 0,6 2,3 6,7 15,9 30,9 50,0 59,9 67 72,3 76,7 80,6 84,8 86,8 88,9 90

RW



— Selbstbeurteilung
--- Fremdbeurteilung

Geburtsdatum

Name

(beurteilt von

Die Mittelwertprofile der 6 Skalen im Vergleich

Die Probanden mit Hyperventilationstetanie tendieren im Selbstbild zwar eher nach einem eigensinnigen und dominierenden Verhalten in ihren sozialen Bezügen als nach einer fügsamen und sich unterordnenden Haltung; weichen aber als Gruppe im Ausmaß dieses Dominanzstrebens von der Gruppe der unausgelesenen Neurotiker signifikant dahingehend ab, daß die Neurotikergruppe sich im Mittel als dominanter und damit als häufiger in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen verstrickt erlebt.

Die sozialen Partner, sowohl der Probanden mit Hyperventilationstetanie als auch der unausgelesenen Neurotiker bestätigen durch ihre Fremdbeurteilungen die jeweiligen Gruppen-Selbstbilder. Die Therapeuten empfinden, daß die Probanden mit Hyperventilationstetanie sich eher dominanter geben als die Probanden von sich selbst annehmen.

In ihrer Grundstimmung erleben sich beide Gruppen weit-
aus depressiver als vergleichsweise die Normalbevölkerung; durchweg sehen sie sich weitaus bedrückter und ängstlicher in ihrem Verhalten und geben damit eine Selbsteinschätzung, die der Fremdeinschätzung entspricht. Selbst- und Fremdeinschätzung weichen nicht voneinander ab bei beiden Gruppen.

Die Gruppe der unausgelesenen Neurotiker zeichnet ein andeutungsweise retentiv (verschlossen und mißtrauisch) akzentuiertes Bild von sich. Dieses Selbstbild deckt sich meinungsmäßig mit dem Fremdbild der sozialen Partner dieser Gruppe. In den Fragen zu ihren sozialen Bezügen tendieren die Probanden mit Hyperventilationstetanie dazu, sich als aufgeschlossen und vertrauensvoll im Kontakt mit ihren Mitmenschen zu sehen; meinen aber

auch, sich in diesem Bereich nicht sonderlich von anderen Menschen zu unterscheiden. Dieses Bild haben auch die Sozialpartner dieser Gruppe, während die Therapeuten eher dazu neigen, die Probanden mit Hyperventilationstetanie als verschlossen und mißtrauisch einzuschätzen. Demzufolge sind diese Probanden für ihre Therapeuten hinsichtlich ihres Sozialkontaktes retentiv und ordnen sie damit eher dem Verhaltensmuster unausgelesener Neurotiker zu als der Normalbevölkerung.

So weit aufgeschlossen in ihrem Sozialverhalten, wie die Probanden mit Hyperventilationstetanie sich erleben, glauben sie auch im allgemeinen sozialen Kontaktpotent zu sein. Im Mittel wollen sie sich nicht von anderen Menschen groß unterscheiden. Die Sozialpartner sind da ganz ihrer Meinung, sie erleben sie ebenfalls als potent in ihrem Verhalten. Die Therapeuten dagegen sehen diese Gruppe tendenziell mehr in einem Licht sozialer Impotenz; schränken aber ein, daß sie sich in ihren sozialen Möglichkeiten nicht wesentlich von ihren Mitmenschen unterscheiden.

Diese Gruppe meint, daß sie nicht nur sozial gut ankommt sondern auch eine lockere, ungezwungene Haltung an den Tag legen kann, eben so wie andere Menschen auch. Die Gruppe der unausgelesenen Neurotiker schätzen sich ebenso positiv ein, und zwar sozial potent und eher unterkontrolliert als kontrolliert. Hier haben die Sozialpartner beider Gruppen in ihren Fremdbetrachtungen die gleiche Meinung wie die Selbstbeurteiler. Abweichender Meinung sind die Therapeuten; sie sehen die Probanden mit Hyperventilationstetanie eher leicht zwanghaft in ihrer Lebensgestaltung.

Zusammenfassend betrachtet geben die Probanden mit

Hyperventilationstetanie im Mittel ein Selbstbild von sich, daß tendenziell nicht dem Selbstbild eines unausgelesenen Neurotikers in den o. beschriebenen Erlebnisbereichen entspricht. Wir sehen polare Abweichungen auf den Skalen 5 und 6 und erwähnenswerte RW-Abweichungen auf den Skala 2. Interessant ist, daß die Therapeuten über die Probanden mit Hyperventilationstetanie ein geradezu profiltypisches Bild eines Neurotikers insofern zeichnen, als eine Gewichtung für das depressive, zwanghafte und dominante Zeichen unübersehbar ist, ähnlich wie es von RICHTER/BECKMANN in der Psychosomatischen Klinik Gießen an einer Stichprobe von N = 235 unausgelesenen Neurotikern verschiedener Symptomatik mit dem GT-Verfahren ermittelt wurde. (RICHTER/BECKMANN, 1972, S. 69)

Für eine auswertende spätere Aussage zur Psychodynamik der Probanden mit Hyperventilationstetanie werden wir uns auf diesen Skalenvergleich rückbeziehen.

Stichprobe I

(Hyperventilationstetanie)

Auswertung des Fragebogens
zur Suiziddisposition

Su/S

N = 21

SU/F Therapeut (Einfühlungsbild) N = 18

(Nähere Erläuterungen zu den Skalen s. Seite 46 ff.)

Skala 1: PRIMÄRZUSTAND

Frage 1: 14 von 21 Probanden glauben heutzutage, als Kind mit dem Gefühl gelebt zu haben, daß ihre Eltern glücklich mit ihnen waren. Davon meinen 9 Probanden, daß die Eltern sehr glücklich mit ihnen waren. 10 Probanden meinen, daß sie eher das gegenteilige Gefühl empfunden haben. Die Eltern sollen ihnen das Gefühl, unglücklich mit ihnen zu sein, vermittelt haben. Davon meinen 5 Probanden, ihre Eltern seien sehr unglücklich gewesen.

4 Befragte geben Gewichtungswerte zu beiden Fragen an. Diese Probanden meinen, daß sowohl ein positives als auch ein negatives Gefühl von ihren Eltern ausgestrahlt wurde.

1 Proband unterscheidet zwischen Vater und Mutter. Der Vater sei sehr glücklich gewesen, die Mutter eher sehr unglücklich.

Eine annähernd identische Verteilung der Meinungen finden wir zur Frage, ob die Probanden auch heute noch das Gefühl haben, daß die Eltern sehr glücklich/sehr unglücklich mit ihnen waren. Hier hat sich im Laufe des Lebens keine Veränderung des Gefühls ergeben.

Von 18 Therapeuten glauben, daß 11 Probanden das Gefühl haben, daß ihre Eltern ab und zu bis des öfteren unglücklich mit ihnen waren. Ebenfalls 11 Probanden sollen nach Meinung der Therapeuten das Gefühl haben, daß die Eltern eher glücklich mit ihnen waren.

Es ergeben sich 8 "sowohl als auch" Antworten mit der Tendenz in Richtung: unglücklich.

Frage 2: 17 von 21 Probanden glauben heutzutage, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, daß sie von ihren Eltern gefühlvolle Zuwendung erhalten haben. Davon meinen 10 Probanden, eher sehr viel als viel Zuwendung.

14 Probanden glauben heute, daß sie als Kind von den Eltern oft zurückgewiesen wurden. 9 Probanden meinen sogar: sehr oft.

16 Probanden glauben heute weiterhin, von den Eltern viel gefühlvolle Zuwendung erhalten zu haben; aber heute haben nur noch 7 Probanden das Gefühl: sehr oft.

Im Gegensatz zu dem Gefühl, das die 14 Probanden als Kind empfanden, glauben heute 12 Probanden daran, daß sie von ihren Eltern viel Zurückweisung erhalten haben.

1 Proband macht auch in diesem Fall einen Unterschied zwischen Vater und Mutter. Vater hat sehr oft gefühlvolle Zuwendung gegeben; Mutter dagegen hat nur zurückgewiesen.

Bei 6 "sowohl als auch" Antworten geht die Tendenz in Richtung: Zurückweisung.

Von 18 Therapeuten glauben 15, daß die Probanden das Gefühl haben, von ihren Eltern gefühlvolle Zuwendung erhalten zu haben, meinen aber mehrheitlich, daß sie glauben, dieses sei nur gelegentlich so gewesen.

16 Probanden sollen das Gefühl haben, von den Eltern zurückgewiesen worden zu sein. Davon 9 Probanden: sehr oft.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Zurückweisung.

Frage 3: 16 von 21 Probanden glauben, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, von den Eltern beachtet gewesen zu sein. 8 Probanden meinen: besonders häufig. 12 Probanden meinen, daß es nie vorgekommen sei, daß sie unbeachtet gewesen wären. 1 Proband meint, Vater habe Proband besonders häufig beachtet, Mutter dagegen nicht.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: unbeachtet.

Heute haben ebensoviele Probanden weiterhin das Gefühl, von ihren Eltern als Kind häufig beachtet worden zu sein. Daß sie aber besonders häufig beachtet worden sind, glauben heute nur noch 5 von 8 Probanden. Der Proband, der für Vater und Mutter getrennte Angaben machte, hat heute seine Meinung gegenüber früheren Gefühlen nicht verändert.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: beachtet.

Von 18 Therapeuten glauben 17, daß die Probanden das Gefühl haben, von ihren Eltern häufig unbeachtet gewesen zu sein. 10 Meinungen liegen im Bereich von besonders häufig.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen mit eindeutiger Tendenz in Richtung: unbeachtet.

Frage 4: 17 von 21 Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, daß ihre Eltern immer geduldig mit ihnen umgegangen sind. Davon glauben 8 Probanden, ihre Eltern seien immer sehr geduldig gewesen.

13 Probanden geben an, daß sie ein gegenteiliges Gefühl als Kind empfunden haben. Die Eltern seien immer sehr gereizt gewesen. Für 1 Probanden war der Vater stets der geduldige, während die Mutter sich immer gereizt gezeigt hat.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer sehr geduldig. 1 Proband gibt jeweils eine Höchstgewichtung von 7 Punkten in beide Richtungen.

Heutzutage glauben weniger (14 von 21) Probanden, daß ihre Eltern immer geduldig waren. Ebenfalls bleiben nur noch 4 von 8 Probanden bei ihrer Meinung, ihre Eltern seien immer sehr geduldig gewesen.

14 Probanden glauben heute das Gefühl zu haben, daß die Eltern immer gereizt im Umgang mit ihnen sich verhalten haben; davon 5 Probanden: immer sehr gereizt.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer geduldig.

Von 18 Therapeuten glauben 16, daß die Probanden das Gefühl haben, ihre Eltern seien immer gereizt mit ihnen umgegangen. 8 Probanden sollen das Gefühl haben: immer sehr gereizt.

Bei 13 Probanden meinen die Therapeuten, daß sie eher das Gefühl haben, die Eltern hätten sich geduldig ihnen gegenüber verhalten.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer sehr gereizt.

Frage 5: 17 von 21 Probanden meinen, daß sie als Kind wußten, wenn sie sich nicht wohl fühlten, daß die Eltern Verständnis dafür hatten. Bei 9 Probanden soll dieses Verständnis der Eltern immer dagewesen sein.

9 Probanden wußten, daß die Eltern kein Verständnis hatten; 3 Probanden meinen: eigentlich nie.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell leicht in Richtung: Verständnis. 1 Proband gibt jeweils Höchstwerte von 7 Punkten, d. h. immer Verständnis und immer wenig damit zu tun haben wollen.

Heutzutage sind weiterhin die Mehrheit (16 von 21) der Probanden der Ansicht, daß die Eltern Verständnis für sie hatten, wenn sie sich nicht wohl fühlten. Davon glauben 8 Probanden, daß die Eltern eigentlich immer Verständnis hatten.

Von den 10 Probanden, die als Kind wußten, daß die Eltern wenig Verständnis hatten, meinen heute mehr Probanden als damals den Eindruck zu haben, als ob die Eltern immer wenig damit zu tun haben wollten.

1 Proband meint, daß es eigentlich nur der Vater war, der Verständnis zeigte.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell leicht in Richtung: wenig damit zu tun haben wollten.

Von den 18 Therapeuten meinen 15, daß die Probanden das Gefühl haben, daß ihre Eltern wenig damit zu tun haben wollten, wenn sie sich nicht wohl gefühlt haben.

11 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, daß dieses sogar sehr oft so war.

Die Eltern von 10 Probanden sollen gelegentlich Verständnis für sie gehabt haben, wenn sie sich nicht wohl fühlten.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft wenig damit zu tun haben wollten.

Frage 6: 9 von 16 Probanden (5 ohne Geschwister bzw. nicht Zuhause aufgewachsen) hatten als Kind das Gefühl, daß sich die Eltern öfter um die Geschwister als um sie gekümmert haben; 2 Probanden meinen: sehr viel öfter.

12 von 16 Probanden meinen, als Kind nicht das Gefühl gehabt zu haben, daß sich die Eltern mehr um sie gekümmert haben als um die Geschwister.

3 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell leicht in Richtung: öfter um meine Geschwister.

Heutzutage glaubt die Hälfte (8 von 16) Probanden, daß die Eltern sich öfter um die Geschwister als um sie gekümmert haben; 2 Probanden meinen: sehr viel öfter.

11 der 16 Probanden meinen heute, daß die Eltern sich auch nicht öfter um sie als um die Geschwister gekümmert hätten.

7 von 16 Therapeuten meinen, daß die Probanden, die mit Geschwistern aufgewachsen sind, das Gefühl haben, daß die Eltern sich um sie öfter gekümmert haben als um die Geschwister. 2 Probanden sollen das Gefühl haben: sehr viel öfter.

11 Probanden sollen das Gefühl haben, daß die Eltern sich mehr um die Geschwister gekümmert haben. Bei 7 Probanden: sehr viel öfter.

Die Therapeuten geben bei dieser Frage die häufigsten "sowohl als auch" Antworten mit der Tendenz in Richtung: sehr viel öfter um die Geschwister.

Skala 2: EMOTIONALE ENTFALTUNG

Frage 7: 16 der 21 Probanden meinen, daß sie als Kind das Gefühl hatten, Zuhause bei den Eltern in einer behaglichen Lebensatmosphäre aufgewachsen zu sein. 8 Probanden meinen, es wäre eine besonders behagliche Atmosphäre bei ihnen Zuhause gewesen, so hätten sie jedenfalls als Kind empfunden.

15 der 21 Probanden glauben aber auch, daß Zuhause eine spannungsreiche Lebensatmosphäre gewesen sei. 7 Probanden haben als Kind eine besonders spannungsreiche Atmosphäre empfunden.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell weder in Richtung behaglich noch in Richtung spannungsreich; die Verteilung ist ausgeglichen.

Heutzutage haben 15 der 21 Probanden das Gefühl, Zuhause bei den Eltern sei eine behagliche Lebensatmosphäre gewesen.

Aber auch 15 der 21 Probanden meinen heutzutage, daß Zuhause die Lebensatmosphäre spannungsreich gewesen wäre. Dieses entspricht dem Gefühl, das diese Probanden bereits in ihrer Kindheit hatten. Gegenüber früheren Empfindungen sind es heute 11 Probanden (früher 7 Probanden), die das Gefühl haben, daß es Zuhause besonders spannungsreich gewesen sei.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: besonders spannungsreich.

16 der 21 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, bei ihnen Zuhause hätte in ihrer Kindheit eine spannungsreiche Lebensatmosphäre geherrscht. 10 Probanden

sollen das Gefühl haben, es wäre besonders spannungsreich gewesen.

Frage 8: 16 der 21 Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, in einer liebevollen Welt aufzuwachsen; 4 Probanden meinen, in einer besonders liebevollen Welt.

13 der 21 Probanden glaubten als Kind, in einer haßerfüllten Welt aufgewachsen zu sein; 3 Probanden meinen: in einer besonders haßerfüllten.

Heutzutage haben 18 der 21 Probanden das Gefühl, in einer haßerfüllten Welt aufgewachsen zu sein; 8 Probanden glauben, in einer besonders haßerfüllten Welt.

11 der 21 Probanden meinen heute, die Welt sei liebevoll gewesen, in der sie aufgewachsen sind.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: haßerfüllte Welt.

15 der 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, in einer haßerfüllten Welt aufgewachsen zu sein. 7 Probanden sollen das Gefühl haben, daß die Welt besonders haßerfüllt ihnen gegenüber gewesen sein soll.

Bei 13 Probanden soll aber auch das Gefühl leicht anklagen, in einer liebevollen Welt aufgewachsen zu sein.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: besonders haßerfüllt.

Frage 9: 15 der 21 Probanden meinen, daß sie als Kind das Gefühl hatten, daß die Eltern mit ihnen gelacht haben. 8 Probanden meinen: besonders oft; 1 Proband meint: der Vater ja, die Mutter nein.

16 der 21 Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern ernst waren, glauben aber: eher selten. 6 Probanden meinen: besonders oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft mit ihnen lachten.

Auch heutzutage meinen 15 der 21 Probanden, das Gefühl zu haben, daß die Eltern mit ihnen gelacht haben. 7 Probanden meinen: besonders oft.

15 der 21 Probanden haben heutzutage das Gefühl, die Eltern seien ernst mit ihnen gewesen. 8 Probanden meinen: ab und zu. 6 Probanden meinen: besonders oft. 1 Proband meint: oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft mit mir gelacht.

15 der 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden eher das Gefühl haben, daß die Eltern oft mit ihnen ernst waren. Bei 9 Probanden: besonders ernst.

9 Probanden haben nach Auffassung der Therapeuten das Gefühl, daß die Eltern gelegentlich mit ihnen gelacht haben.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: besonders oft ernst.

Frage 10: 14 der 21 Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, sich in der Nähe der Eltern wohl zu fühlen. 7 Probanden meinen: besonders wohl. 1 Proband fühlte sich nur beim Vater besonders wohl, bei der Mutter nicht.

12 der 21 Probanden meinen, sich gelegentlich unwohl (8 Probanden) bis besonders unwohl (2 Probanden) gefühlt zu haben.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: wohl fühlen.

Heutzutage meinen 15 der 21 Probanden, daß sie sich in der Nähe der Eltern wohl gefühlt haben. 5 Probanden: besonders wohl. 7 Probanden: ab und zu.

12 der 21 Probanden meinen heutzutage, daß sie sich in der Nähe der Eltern unwohl gefühlt haben. 5 Probanden: besonders unwohl. 3 Probanden: ab und zu.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: wohl gefühlt.

15 der 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, sich gelegentlich in der Nähe der Eltern wohl gefühlt zu haben.

14 Probanden sollen sich in der Nähe der Eltern unwohl gefühlt haben. Davon 10 Probanden: besonders unwohl.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: besonders unwohl.

Frage 11: 12 der 21 Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern sich ihnen gegenüber verschlossen verhielten. Davon meinen 7 Probanden: ein wenig verschlossen, während 3 Probanden meinen: eher äußerst verschlossen. 1 Proband hatte das Gefühl: Mutter äußerst verschlossen, Vater nie.

14 der 21 Probanden glauben, in der Kindheit das Gefühl gehabt zu haben, daß die Eltern sich ihnen gegenüber aufgeschlossen verhielten. 8 Probanden: ein wenig aufgeschlossen. 5 Probanden: äußerst aufgeschlossen. 1 Proband erlebte den Vater als äußerst aufgeschlossen, die Mutter dagegen nur gelegentlich.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell geringfügig in Richtung: verschlossen.

Heutzutage meinen mehr Probanden (16 der 21), das Gefühl zu haben, daß ihre Eltern sich ihnen gegenüber aufgeschlossen verhalten haben. 6 Probanden: äußerst aufgeschlossen. 9 Probanden: ein wenig aufgeschlossen.

14 der 21 Probanden meinen heutzutage, daß die Eltern sich ihnen gegenüber eher verschlossen verhalten haben.

7 Probanden meinen: ein wenig. 6 Probanden meinen: äußerst verschlossen.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: verschlossen.

Die Therapeuten schätzen, daß 17 von 18 Probanden das Gefühl haben, die Eltern hätten sich ihnen gegenüber verschlossen verhalten. 6 Probanden: äußerst verschlossen. 9 Probanden: ein wenig verschlossen.

Skala 3: SELBSTGEFÜHLE

Frage 12: 17 der 21 Probanden meinen, daß sie als Kind das Gefühl hatten, nützlich zu sein. Davon glauben aber 10 Probanden: nicht sonderlich nützlich.

11 der 21 Probanden meinen, daß sie als Kind oft das Gefühl hatten, wertlos zu sein. 4 Probanden: sehr oft. 5 Probanden: ein wenig.

9 "sowohl als auch" Antworten verteilen sich tendenziell in beide Richtungen gleichmäßig.

Heutzutage meinen 20 der 21 Probanden das Gefühl zu haben, nützlich zu sein. 7 Probanden: sehr oft; 11 Probanden: eher gelegentlich.

12 der 21 Probanden haben heute das Gefühl, wertlos zu sein. 9 Probanden: selten; 2 Probanden: sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten verteilen sich tendenziell in beide Richtungen gleichmäßig.

Alle 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, nützlich zu sein. 7 Probanden sollen dieses Gefühl sehr oft empfinden; 9 Probanden: gelegentlich.

16 der 18 Probanden sollen aber auch das Gefühl haben, wertlos zu sein. Davon 7 Probanden: gelegentlich; 7 Probanden: sehr oft.

Bei der hohen Anzahl von 16 "sowohl als auch" Antworten geht die Tendenz knapp in Richtung: nützlich sein.

Frage 13: 18 der 21 Probanden meinen, als Kind viel Vertrauen den Mitmenschen gegenüber gehabt zu haben. 8 Probanden meinen: sehr oft; 8 Probanden meinen: eher selten.

12 der 21 Probanden meinen, als Kind Gefühle großen Mißtrauens gegenüber den Mitmenschen empfunden zu haben. 6 Probanden: ein wenig; 4 Probanden: sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Gefühle starken Vertrauens.

Heutzutage meinen 19 der 21 Probanden, Gefühle starken Mißtrauens gegenüber ihren Mitmenschen zu empfinden. 13 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: sehr oft.

Die Frage zum Vertrauen in der heutigen Zeit war versehentlich in den Fragebögen verzerrt gestellt worden, so daß eine verwertbare Aussage nicht ermittelt werden konnte.

Von 18 Therapeuten meinen 17, daß die Probanden ein starkes Mißtrauen ihren Mitmenschen gegenüber empfinden. 10 Probanden: ein wenig; 7 Probanden: sehr starkes Mißtrauen.

11 von 18 Probanden sollen Gefühle starken Vertrauens kennen. 10 Probanden: ein wenig; 1 Proband: äußerst stark.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: starken Mißtrauens gegenüber den Mitmenschen.

Frage 14: 7 der 21 Probanden meinen, als Kind das Gefühl innerer Leblosigkeit empfunden zu haben. 4 Probanden: ab und zu; 3 Probanden: sehr oft.

19 der 21 Probanden hatten als Kind das Gefühl innerer Lebendigkeit. 7 Probanden: ein wenig; 10 Probanden: sehr stark.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: innere Leblosigkeit.

Heutzutage empfinden die Probanden eher umgekehrt. 17 der 21 Probanden meinen, das Gefühl innerer Leblosigkeit zu verspüren. 8 Probanden: sehr stark; 8 Probanden: ein wenig.

19 der 21 Probanden kennen heutzutage aber auch das Gefühl innerer Lebendigkeit. 10 Probanden: ein wenig; 6 Probanden: sehr stark.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell leicht in Richtung: innerer Lebendigkeit.

Von den 18 Therapeuten meinen 14, daß die Probanden das Gefühl innerer Lebendigkeit kennen. 11 Probanden: ein wenig; 2 Probanden: sehr stark.

17 der 18 Probanden sollen das Gefühl innerer Leblosigkeit verspüren. 11 Probanden: sehr stark; 5 Probanden: ein wenig.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: innerer Leblosigkeit.

Frage 15: 14 der 21 Probanden hatten als Kind das Gefühl, am Rande zu stehen. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 6 Probanden meinen: sehr oft.

18 der 21 Probanden meinen, das Gefühl gehabt zu haben, als Kind zugehörig gewesen zu sein. 7 Probanden meinen: eher gelegentlich; 7 Probanden meinen: immer.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: zugehörig gewesen.

Heutzutage haben alle 21 Probanden das Gefühl, zugehörig gewesen zu sein. Mehrheitlich meinen sie zwar, dieses nicht immer gewesen zu sein, aber 5 Probanden fühlten sich gewissermaßen immer zugehörig.

14 der 21 Probanden empfinden heute, eher am Rande gestanden zu haben. 8 Probanden meinen: ab und zu; 2 Probanden meinen: sehr oft.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: am Rande gestanden zu haben.

Von den 18 Therapeuten glauben 11, daß die Probanden das Gefühl haben, immer zugehörig gewesen zu sein, meinen aber auch, daß davon 9 Probanden nur ein wenig dieses Gefühl hatten, während 2 Probanden dieses Gefühl oft empfunden haben sollen.

15 der 18 Probanden sollen aber ebenso auch das Gefühl haben, am Rande zu stehen. 10 Probanden: sehr oft; 3 Probanden: eher selten.

Frage 16: 18 der 21 Probanden meinen, daß sie als Kind Gefühle innerer Aufgeschlossenheit empfanden. 10 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: sehr oft.

17 der 21 Probanden kannten als Kind ebenso Gefühle innerer Zurückgezogenheit. Davon 10 Probanden: sehr oft; 6 Probanden: gelegentlich.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr oft innere Zurückgezogenheit.

Heutzutage meinen 19 der 21 Probanden, daß sie Gefühle innerer Aufgeschlossenheit kannten. 8 Probanden: sehr oft; 6 Probanden: gelegentlich.

Alle Probanden kennen das Gefühl der inneren Zurückgezogenheit. 11 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: gelegentlich bis oft.

19 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr oft Gefühle innerer Zurückgezogenheit.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden die Gefühle innerer Aufgeschlossenheit kennen, wenn auch 11 Probanden dieses Gefühl nur gelegentlich verspürt haben sollen.

16 von 18 Probanden sollen das Gefühl innerer Zurückgezogenheit kennen. 10 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: gelegentlich.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft Gefühle innerer Zurückgezogenheit.

Frage 17: 14 der 21 Probanden meinen, als Kind gefühlt zu haben, vieles als sinnlos zu erleben.

9 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: sehr oft.

15 der 21 Probanden meinen, vieles als sinnvoll erlebt zu haben während ihrer Kindheit. 7 Probanden: sehr oft; 4 Probanden: gelegentlich.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: vieles als sinnvoll zu erleben.

Heutzutage meinen 19 der 21 Probanden, damals vieles als sinnlos erlebt zu haben. 12 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: sehr oft.

20 der 21 Probanden meinen aber auch, daß Gefühl gehabt zu haben, vieles als sinnvoll erlebt zu haben. 7 Probanden: sehr oft; 8 Probanden: gelegentlich.

18 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: vieles als sinnvoll zu erleben.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden Gefühle in ihrer Kindheit hatten, vieles als sinnlos zu erleben. 9 Probanden: sehr oft; 7 Probanden: gelegentlich.

11 von 18 Probanden kennen nach Ansicht der Therapeuten das Gefühl, vieles als sinnvoll in ihrem Leben erlebt zu haben. 6 Probanden: gelegentlich.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr oft vieles als sinnlos erlebt zu haben.

Frage 18: 15 der 21 Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, sich am liebsten in der Außenwelt zu beschäftigen. 11 Probanden hatten dieses Gefühl gelegentlich; 2 Probanden: sehr oft.

15 der 21 Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, sich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen. 6 Probanden: gelegentlich; 7 Probanden: sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft bis sehr oft am liebsten in der Phantasie. 7 Probanden: sehr oft; 10 Probanden: gelegentlich.

Heutzutage meinen 18 der 21 Probanden, das Gefühl zu haben, sich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen. 7 Probanden: sehr oft; 10 Probanden: gelegentlich.

17 der 18 Probanden kennen heute das Gefühl, sich am liebsten in der Außenwelt zu beschäftigen. 5 Probanden: sehr oft; 8 Probanden: gelegentlich.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft das Gefühl, sich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen.

Von den 18 Therapeuten meinen 13, daß sich die Probanden am liebsten in der Phantasie beschäftigen. 8 Probanden: gelegentlich; 3 Probanden: sehr oft.

13 der 18 Probanden sollen sich aber ebenso gerne in der Außenwelt beschäftigen. 6 Probanden: sehr oft; 3 Probanden: gelegentlich.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: am liebsten in der Außenwelt.

Frage 19: 13 der 21 Probanden gehen davon aus, daß sie als Kind das Gefühl kannten, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. 7 Probanden meinen: sehr oft; 4 Probanden meinen: gelegentlich.

12 der 21 Probanden hatten ebenfalls das Gefühl, in der Kindheit mit dem Druck der Realität fertig zu werden. 5 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: mit dem Druck der Realität fertig zu werden.

Heutzutage haben 19 der 21 Probanden das Gefühl, mit dem Druck der Realität fertig zu werden, aber 13 Probanden haben dieses Gefühl nur selten.

19 der 21 Probanden meinen, heute dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. 9 Probanden meinen: sehr oft; 8 Probanden meinen: gelegentlich.

17 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein.

Alle 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. Davon 11 Probanden: sehr oft; 6 Probanden: gelegentlich.

15 der 18 Probanden sollen auch das Gefühl haben, mit dem Druck der Realität fertig zu werden. 7 Probanden: gelegentlich; 7 Probanden: eher sehr oft als oft.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr oft das Gefühl, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein.

Skala 4: AGGRESSIVES ERLEBEN

Frage 20: Alle 21 Probanden meinen, in ihrer Jugend bestrebt gewesen zu sein, mit anderen Personen gut auszukommen. 12 Probanden hatten so gut wie immer dieses Bestreben; 3 Probanden: gelegentlich.

15 der 21 Probanden glauben, in ihrer Jugend in der Lage gewesen zu sein, sich mit anderen Personen auseinanderzusetzen. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 7 Probanden: sehr oft.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer bestrebt, mit anderen gut auszukommen.

Heutzutage meinen alle 21 Probanden, in der Lage zu sein, sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen. 12 Probanden meinen: immer; 6 Probanden meinen: gelegentlich.

19 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer bestrebt, mit anderen gut auszukommen.

Alle 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden bestrebt sind, mit anderen Menschen gut auszukommen. 13 Probanden sollen immer dieses Bestreben haben; 4 Probanden: gelegentlich.

12 Probanden sollen gelegentlich in der Lage sein, sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: immer bestrebt, mit anderen Menschen gut auszukommen.

Frage 21: Alle 21 Probanden glauben, daß sie in ihrer Jugend anderen Personen alles recht machen wollten. 12 Probanden glauben: immer; 6 Probanden glauben: gelegentlich.

16 der 21 Probanden meinen, daß sie in ihrer Jugend andere Personen auf ihre Rechte aufmerksam machen konnten. 11 Probanden: nur gelegentlich; 2 Probanden: so gut wie immer.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: immer alles recht machen.

Heutzutage sind 19 der 21 Probanden der Ansicht, daß sie anderen Menschen alles recht machen wollen. 9 Probanden: immer; 8 Probanden: gelegentlich.

19 der 21 Probanden meinen, daß sie heutzutage andere Menschen auf ihre Rechte aufmerksam machen können.

10 Probanden: gelegentlich; 3 Probanden: immer.

17 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: anderen immer alles recht machen.

Alle 18 Therapeuten meinen, daß die Probanden das Gefühl haben, anderen Personen immer alles recht machen zu wollen. 13 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: gelegentlich.

Die Therapeuten vermuten, daß 11 der 18 Probanden nur gelegentlich andere Personen auf ihre Rechte aufmerksam machen können.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: anderen Personen immer alles recht machen zu wollen.

Frage 22: 17 der 21 Probanden reagierten in ihrer Jugend auf Ärgerlichkeiten sehr wütend. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 3 Probanden meinen: sehr oft.

14 der 21 Probanden meinen aber auch, in ihrer Jugend auf Ärgerlichkeiten sehr friedlich reagiert zu haben. 7 Probanden meinen: sehr oft; 5 Probanden meinen: gelegentlich.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft bis sehr oft friedlich.

Heutzutage meinen ebenfalls 14 von 21 Probanden, auf Ärgerlichkeiten friedlich zu reagieren. 2 Probanden: sehr oft; 7 Probanden: gelegentlich.

19 der 21 Probanden meinen heutzutage, auf Ärgerlichkeiten wütend zu reagieren. 8 Probanden meinen: sehr oft; 9 Probanden meinen: selten.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr friedlich.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden auf Ärgerlichkeiten sehr friedlich reagieren. 10 Probanden: gelegentlich; 5 Probanden: sehr oft.

12 Probanden sollen nach Meinung der Therapeuten aber auch sehr wütend auf Ärgerlichkeiten reagieren. 11 Probanden: eher selten; 1 Proband: sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: reagiert sehr friedlich.

Frage 23: 16 der 21 Probanden waren in ihrer Jugend bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht. 5 Probanden: immer; 9 Probanden: gelegentlich.

12 der 21 Probanden waren aber auch in ihrer Jugend bei Ungerechtigkeiten unbeteiligt. 8 Probanden: gelegentlich; 2 Probanden: sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: auf gerechte Bestrafung bedacht.

Heutzutage meinen 8 der 21 Probanden, bei Ungerechtigkeiten unbeteiligt zu sein. 5 Probanden: gelegentlich; 2 Probanden: eher sehr oft.

16 der 21 Probanden sind heute bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht. 11 Probanden: immer; 4 Probanden: gelegentlich.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: auf gerechte Bestrafung bedacht.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden das Gefühl haben, bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht zu sein. 9 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: immer.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: auf gerechte Bestrafung bedacht.

Frage 24: 15 der 21 Probanden glauben, in ihrer Jugend das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen akzeptiert zu haben. 11 Probanden meinen: dieses nur gelegentlich; 1 Proband meint: eher immer.

16 der 21 Probanden meinen, in ihrer Jugend das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen bemängelt zu haben. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: sehr oft bis immer.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: das fehlerhafte Verhalten akzeptiert.

Heutzutage bemängeln 15 der 21 Probanden das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: immer.

20 der 21 Probanden akzeptieren heutzutage das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen. 10 Probanden tun dieses eher selten; 7 Probanden meinen: sehr oft.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: akzeptiere das fehlerhafte Verhalten.

Von den 18 Therapeuten meinen 15, daß die Probanden das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen akzeptieren, meinen aber auch, daß 10 Probanden dieses eher selten tun; 5 Probanden: sehr oft.

13 der 18 Probanden sollen das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen bemängeln. 10 Probanden: eher selten; 2 Probanden: sehr oft bis immer.

13 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: akzeptiert das fehlerhafte Verhalten seiner Mitmenschen.

Frage 25: 12 der 21 Probanden war es im Verlauf ihrer Jugend egal, aus ihrem Leben etwas zu machen. 3 Probanden: ein wenig egal; 2 Probanden: eigentlich durchweg egal.

19 der 21 Probanden waren in ihrer Jugend bestrebt, aus ihrem Leben unbedingt etwas zu machen. 9 Probanden: durchweg bestrebt; 9 Probanden: ein wenig.

11 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Heutzutage ist es nur noch 6 der 21 Probanden egal, ob sie in ihrem Leben etwas erreichen oder nicht. 1 Proband: egal unter allen Bedingungen; 4 Probanden: ein wenig egal.

18 der 21 Probanden sind heutzutage bestrebt, unbedingt was im Leben zu erreichen. 11 Probanden: auf alle Fälle; 3 Probanden: ein wenig.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: unbedingt was im Leben zu erreichen.

Von den 18 Therapeuten glauben 17, daß die Probanden bestrebt sind, aus ihrem Leben unbedingt was zu machen. 13 Probanden: auf alle Fälle; 4 Probanden: ein wenig.

12 der 18 Probanden soll es nicht so wichtig sein, ob sie aus ihrem Leben was machen.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: unbedingt was zu erreichen.

Skala 5: AUTOAGGRESSIVE TENDENZEN

Frage 26: 15 der 21 Probanden meinen, als Kind viel über sich und das Leben an sich nachgedacht zu haben. 7 Probanden: sehr oft; 7 Probanden: gelegentlich.

13 der 21 Probanden haben als Kind über den eigenen Tod nachgedacht. 10 Probanden: eher selten; 3 Probanden: sehr oft.

Heutzutage denken alle 21 Probanden viel bis sehr viel über sich und das Leben an sich nach.

15 der 21 Probanden denken heutzutage über den eigenen Tod nach. 7 Probanden: sehr oft; 8 Probanden: gelegentlich.

Von den 18 Therapeuten meinen 13, daß die Probanden über ihren Tod nachdenken. 7 Probanden: sehr viel; 5 Probanden: gelegentlich.

13 der 18 Probanden sollen über sich und das Leben an sich nachdenken. 7 Probanden: sehr viel; 5 Probanden: gelegentlich.

Frage 27: 6 der 21 Probanden glauben, als Kind den Wunsch gehabt zu haben, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein. 3 Probanden: selten; 1 Proband: sehr oft.

14 der 21 Probanden meinen, daß sie als Kind den Wunsch hatten, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein. 5 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: eher selten.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: im Jenseits.

Heutzutage haben 8 von 21 Probanden den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein. 4 Probanden: sehr oft; 3 Probanden: eher selten.

15 der 21 Probanden haben heutzutage den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein. 7 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: eher selten.

8 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden den Wunsch haben, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein. 5 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: eher sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr häufig den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein.

Frage 28: 10 der 21 Probanden hatten als Kind ängstlich phantasiert, ihr Leben zu verlieren. 3 Probanden: eher selten; 0 Proband: sehr oft.

15 der 21 Probanden hatten als Kind lebhaft Phantasien, in denen sie an ihrem Leben hingen. 10 Probanden: sehr oft; 4 Probanden: eher selten.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Phantasien, in denen ich an meinem Leben hing.

Heutzutage phantasieren 14 der 21 Probanden ängstlich, ihr Leben zu verlieren. 3 Probanden: sehr oft; 10 Probanden: gelegentlich.

17 der 21 Probanden haben heutzutage lebhaft Phantasien, in denen sie an ihrem Leben hängen. 9 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: gelegentlich.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: lebhaft Phantasien, in denen ich an meinem Leben hänge.

Von den 18 Therapeuten glauben 15, daß die Probanden lebhaft Phantasien haben, in denen sie an ihrem Leben hängen. 9 Probanden: sehr oft; 4 Probanden: gelegentlich.

15 der 18 Probanden sollen lebhaft phantasieren, ihr Leben zu verlieren. 9 Probanden: sehr oft; 3 Probanden: gelegentlich.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft ängstlich phantasieren, ihr Leben zu verlieren.

Frage 29: 15 der 21 Probanden glauben, als Kind Vorstellungen und Gedanken gehabt zu haben, in denen der Tod eine Rolle spielte. 7 Probanden: sehr oft; 7 Probanden: gelegentlich.

12 der 21 Probanden hatten als Kind Gedanken, in denen die Geburt eine Rolle spielte. 7 Probanden: gelegentlich; 1 Proband: eher häufig.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: in denen der Tod eine Rolle spielte.

Heutzutage meinen 18 der 21 Probanden, Gedanken zu haben, in denen der Tod eine Rolle spielt. 5 Probanden: sehr oft; 11 Probanden: gelegentlich.

10 der 21 Probanden meinen heutzutage, Vorstellungen und Gedanken zu haben, in denen die Geburt eine Rolle spielt. 7 Probanden: selten; 1 Proband: des öfteren.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: in denen der Tod eine Rolle spielt.

Von den 18 Therapeuten vermuten 16, daß die Probanden Vorstellungen und Gedanken haben, in denen der Tod eine Rolle spielt. 12 Probanden: sehr oft; 1 Proband: selten.

Bei 10 der 18 Probanden vermuten die Therapeuten, daß sie Vorstellungen und Gedanken haben, in denen die Geburt eine Rolle spielt. 6 Probanden: eher selten; 3 Probanden: häufig.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft...in denen der Tod eine Rolle spielt.

Frage 30: 9 der 21 Probanden hatten als Kind den Gedanken, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. 7 Probanden: selten; 2 Probanden: sehr oft.

17 der 21 Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß es sich lohnt zu leben. 9 Probanden: sehr oft; 5 Probanden: gelegentlich.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft bis sehr oft das Gefühl, daß es sich lohnt zu leben.

16 von 21 Probanden meinen heutzutage, daß sie Gedanken haben, in denen sie sich vorstellen, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. 8 Probanden: gelegentlich; 6 Probanden: häufig.

Dennoch meinen heutzutage alle 21 Probanden, daß es sich lohnt zu leben. 10 Probanden haben sehr oft dieses positive Gefühl; 7 Probanden meinen: gelegentlich.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: daß der Tod eigentlich eine Erlösung...

Von den 18 Therapeuten meinen 11, daß die Probanden wissen, daß es sich lohnt zu leben. 1 Proband soll häufig dieses Gefühl haben; 9 Probanden: gelegentlich.

14 der 18 Probanden haben nach Ansicht der Therapeuten den Gedanken, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. 8 Probanden sollen sehr oft diese Gedanken haben. 5 Probanden: eher selten.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft Gedanken, daß der Tod eigentlich eine Erlösung...

Frage 31: 11 der 21 Probanden hatten als Kind die Idee, für immer bei ihren Eltern bleiben zu wollen.

7 Probanden: gelegentlich; 4 Probanden: sehr oft;

1 Proband: beim Vater ja, bei der Mutter nein.

11 der 21 Probanden hatten als Kind "Fluchtpläne" geschmiedet. 8 Probanden: gelegentlich; 2 Probanden: sehr oft.

4 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: für immer bei den Eltern bleiben zu wollen.

Heutzutage meinen 16 der 21 Probanden, daß sie "Fluchtpläne" schmieden würden. 7 Probanden: gelegentlich;

5 Probanden: sehr oft.

14 der 21 Probanden meinen heutzutage, daß sie für immer mit ihrem jetzigen Lebenspartner zusammenbleiben möchten.

11 Probanden sind sich in dieser Frage absolut sicher;

3 Probanden glauben dieses ein wenig.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: absolut sicher, daß ich für immer mit meinem Lebenspartner zusammenbleiben möchte.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden "Fluchtpläne" schmieden. 9 Probanden: sehr oft; 7 Probanden: gelegentlich.

Bei 13 der 18 Probanden vermuten die Therapeuten, daß sie das Gefühl haben, für immer mit ihrem jetzigen Lebenspartner zusammenbleiben zu wollen. 5 Probanden sollen sich sehr sicher sein; 5 Probanden eher ein wenig.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: oft Fluchtpläne schmieden.

Frage 32: 12 der 21 Probanden hatten als Kind sich gewünscht, daß ihr böses Verhalten irgendwie entschuldigt werden müßte. 6 Probanden: selten; 5 Probanden: sehr oft.

11 der 21 Probanden hatten sich als Kind gewünscht, daß ihr böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte.

8 Probanden meinen: ab und zu; 1 Proband: eher sehr oft.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: irgendwie entschuldigt werden müßte.

Heutzutage wünschen sich 13 der 21 Probanden, daß ihr böses Verhalten irgendwie entschuldigt werden müßte.

6 Probanden: gelegentlich; 5 Probanden: sehr oft.

8 der 21 Probanden wünschen sich heutzutage, daß ihr böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte. 6 Probanden: gelegentlich; 2 Probanden: regelmäßig.

- "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: ...irgendwie entschuldigt werden müßte.

Von den 18 Therapeuten meinen 14, daß die Probanden sich wünschen, daß ihr böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte. 8 Probanden: gelegentlich; 3 Probanden: eher sehr oft.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: ...irgendwie bestraft werden müßte.

Frage 33: 15 der 21 Probanden hatten als Kind gewußt, daß sie sterblich sind. 8 Probanden wußten dieses ganz genau; 6 Probanden meinen, es damals eher geahnt zu haben.

15 der 21 Probanden hatten als Kind phantasiert, unsterblich zu sein. 5 Probanden: gelegentlich; 1 Proband: sehr oft.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: ...gewußt, sterblich zu sein.

Heutzutage phantasieren 3 der 21 Probanden, unsterblich zu sein. 2 Probanden: gelegentlich; 1 Proband: häufig.

Alle 21 Probanden wissen heutzutage, daß sie sterblich sind. 15 Probanden wissen dieses mit Sicherheit. 6 Probanden meinen, nicht ganz so sicher zu sein.

3 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sterblich zu sein.

Von den 18 Therapeuten meinen 16, daß die Probanden wissen, sie sind sterblich. 12 Probanden sollen sich da ganz sicher sein; 3 Probanden sollen sich nicht ganz sicher sein.

10 der 18 Probanden sollen phantasieren, unsterblich zu sein. 5 Probanden: gelegentlich; 2 Probanden: eher häufig.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell deutlich in Richtung: weiß, daß Proband sterblich ist.

Frage 34: 12 der 21 Probanden haben sich als Kind gefragt, was die Eltern wohl tun würden, wenn sie plötzlich nicht mehr da sein würden. 8 Probanden: gelegentlich mal gefragt; 4 Probanden: sehr oft.

Eine bipolare Frage wurde nicht vorgelegt.

Heutzutage denken 10 der 21 Probanden daran, was die Eltern wohl getan hätten, wenn sie plötzlich nicht mehr dagewesen wären. 7 Probanden denken gelegentlich daran; 2 Probanden: sehr oft.

Von den 18 Therapeuten meinen 13, daß die Probanden daran denken, was die Eltern wohl getan hätten, wenn sie plötzlich nicht mehr dagewesen wären. 6 Probanden sollen gelegentlich daran denken; 6 Probanden: eher öfters.

Skala 6: ABWEHRHALTUNGEN

Frage 35: 7 der 21 Probanden verachten ihren Vater.
5 Probanden: ein wenig; 1 Proband: sehr.

15 der 21 Probanden bewundern ihren Vater. 8 Probanden: sehr; 5 Probanden: ein wenig.

4 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Von den 18 Therapeuten meinen 13, daß die Probanden ihren Vater bewundern. 7 Probanden: sehr; 5 Probanden: ein wenig.

12 der 18 Probanden sollen ihren Vater verachten. 6 Probanden: sehr; 5 Probanden: ein wenig.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: verachtet seinen Vater.

Frage 36: 10 der 21 Probanden nehmen an, daß sie in ihrem Lebenspartner einen Menschen mit nur schlechten Seiten gefunden haben. 3 Probanden: glauben, daß dieses ein wenig so ist; 3 Probanden sind absolut davon überzeugt.

11 der 21 Probanden nehmen an, daß sie in ihrem Lebenspartner einen Menschen mit nur guten Seiten gefunden haben.

4 Probanden sind ganz davon überzeugt; 4 Probanden glauben ein wenig daran.

5 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Von den 18 Therapeuten meinen 13, daß die Probanden glauben, in ihrem Lebenspartner einen Menschen mit nur guten Seiten gefunden zu haben. 9 Probanden sollen zwar nur ein wenig davon überzeugt sein, aber 2 Probanden so gut wie ganz überzeugt.

10 der 18 Probanden glauben nach Ansicht der Therapeuten, daß sie in ihrem Lebenspartner einen Menschen mit nur schlechten Seiten gefunden haben. 6 Probanden sollen ein wenig daran glauben; 3 Probanden sollen eher ganz davon überzeugt sein.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: ...einen Menschen mit ausgesprochen schlechten Seiten.

Frage 37: 14 der 21 Probanden bewundern ihre Mutter.

5 Probanden: eher sehr; 2 Probanden: eher nur ein wenig.

6 der 21 Probanden verachten ihre Mutter. 4 Probanden: ein wenig; 1 Proband: sehr.

3 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: bewundere meine Mutter.

Von den 18 Therapeuten meinen 14, daß die Probanden ihre Mutter verachten. 9 Probanden: ein wenig; 5 Probanden: eher sehr.

13 der 18 Probanden sollen ihre Mutter bewundern.

11 Probanden: ein wenig; 1 Proband: eher sehr.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: verachtet die Mutter.

Frage 38: 13 von 21 Probanden glauben, daß ihre Mutter für sie alles richtig gemacht hat. 6 Probanden meinen: eher ein wenig daran zu glauben; 3 Probanden meinen: eigentlich sehr daran zu glauben.

13 der 21 Probanden glauben, daß ihre Mutter für sich alles richtig gemacht hat. 8 Probanden meinen: ein wenig daran zu glauben; 3 Probanden meinen: sehr daran zu glauben.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: für mich alles richtig gemacht.

Von den 18 Therapeuten meinen 15, daß die Probanden glauben, daß ihre Mutter für sie alles richtig gemacht hat. 10 Probanden sollen ein wenig davon überzeugt sein; 3 Probanden: eher sehr.

13 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Frage 39: 6 der 21 Probanden meinen, daß ihr Vater von ihnen keinen Dank zu erwarten hätte. 4 Probanden meinen: überhaupt keinen Dank; 1 Proband: ein wenig keinen Dank (zögernde Haltung!).

16 der 21 Probanden sind ihrem Vater dankbar, er hat es mit ihnen gut gemeint. 11 Probanden sind ihrem Vater sehr dankbar; 5 Probanden: ein wenig.

4 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Vater dankbar.

Von den 18 Therapeuten meinen 11, daß die Probanden meinen, daß ihr Vater keinen Dank von ihnen zu erwarten hätte.

7 Probanden sollen meinen, daß der Vater auf keinen Fall Dank zu erwarten hätte; 3 Probanden sollen meinen: ein wenig keinen Dank.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: auf keinen Fall Dank zu erwarten.

Frage 40: 17 der 21 Probanden sind ihrer Mutter dankbar, sie hat es mit ihnen gut gemeint. 10 Probanden meinen: sehr dankbar; 3 Probanden meinen: ein wenig dankbar.

11 der 21 Probanden meinen, daß die Mutter keinen Dank von ihnen zu erwarten hätte. 5 Probanden meinen: ein wenig dieses Gefühl zu haben; 2 Probanden meinen: eher sehr stark.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: Mutter dankbar.

Fremdbeurteilungen liegen nicht vor.

Frage 41: 15 der 21 Probanden glauben, daß der Vater für sie alles richtig gemacht hat. 9 Probanden haben ein wenig dieses Gefühl; 5 Probanden sind davon sehr überzeugt.

17 der 21 Probanden glauben, daß der Vater für sich alles richtig gemacht hat. 11 Probanden haben ein wenig dieses Gefühl; 5 Probanden sind davon sehr überzeugt.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: für mich alles richtig gemacht.

Fremdbeurteilungen liegen nicht vor.

Stichprobe II (Kontrollgruppe: unausgelesene Neurotiker)

Auswertung des Fragebogens zur Suiziddisposition

SU/S

N = 20

(Nähere Erläuterungen zu den Skalen s. Seite 46 ff.)

(Kontrollgruppe = K-Proband genannt)

Skala 1: PRIMÄRZUSTAND

Frage 1: 13 der 20 K-Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, daß die Eltern glücklich mit ihnen waren. 8 Probanden meinen: eher nur ein wenig; 2 Probanden meinen: eher sehr glücklich.

12 der 20 K-Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, daß die Eltern unglücklich mit ihnen waren. 9 Probanden meinen: ein wenig unglücklich; 3 Probanden meinen: eher sehr unglücklich.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: eher unglücklich.

Heutzutage haben 15 der 20 K-Probanden das Gefühl, daß die Eltern glücklich mit ihnen waren. 13 K-Probanden meinen: eher nur ein wenig; 1 Proband meint: sehr glücklich.

12 der 20 K-Probanden meinen auch heute, daß die Eltern unglücklich mit ihnen waren. 8 Probanden meinen: eher ein wenig; 3 Probanden meinen: eher sehr unglücklich.

10 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Frage 2: 16 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß sie von den Eltern gefühlvolle Zuwendung erhalten haben. 11 Probanden meinen: ein wenig; 5 Probanden meinen: eher sehr viel; 1 Proband meint: von der Mutter sehr viel, vom Vater gar nicht.

19 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, von den Eltern zurückgewiesen zu werden. 9 Probanden meinen: sehr oft. 6 Probanden meinen: gelegentlich; 1 Proband meint: vom Vater sehr oft, von der Mutter ein wenig.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: von den Eltern oft zurückgewiesen.

Heutzutage haben 12 der 20 K-Probanden das Gefühl, als Kind von den Eltern gefühlvolle Zuwendung erhalten zu haben. 7 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: eher oft; 1 Proband meint: von der Mutter sehr oft, vom Vater nie.

17 der 20 K-Probanden haben heutzutage das Gefühl, als Kind von den Eltern zurückgewiesen worden zu sein. 10 Probanden meinen: sehr oft; 5 Probanden meinen: gelegentlich.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: eher viel zurückgewiesen worden zu sein.

Frage 3: 17 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, von den Eltern unbeachtet gewesen zu sein. 10 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden: sehr oft.

9 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, von den Eltern beachtet gewesen zu sein. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: so gut wie immer.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: beachtet gewesen.

Heutzutage meinen 17 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, von den Eltern als Kind unbeachtet gewesen zu sein. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 6 Probanden meinen: sehr oft.

12 der 20 Probanden haben heute das Gefühl, von den Eltern als Kind beachtet worden zu sein. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: unbeachtet gewesen zu sein.

Frage 4: 13 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern geduldig mit ihnen umgegangen sind. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: eher sehr oft.

14 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern gereizt mit ihnen umgegangen sind. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: gereizt mit mir umgegangen.

Heutzutage meinen 10 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, daß die Eltern geduldig mit ihnen umgegangen sind. 9 Probanden meinen: gelegentlich.

17 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, daß die Eltern gereizt mit ihnen umgegangen sind. 7 Probanden meinen: sehr oft; 6 Probanden meinen: gelegentlich.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: gereizt mit mir umgegangen.

Frage 5: 17 der 20 K-Probanden wußten als Kind, daß die Eltern wenig damit zu tun haben wollten, wenn sie sich nicht wohl fühlten. 14 Probanden meinen: kam eher selten vor; 1 Proband meint: immer.

16 der 20 K-Probanden wußten als Kind, daß die Eltern Verständnis für sie hatten, wenn sie sich nicht wohl fühlten. 15 Probanden meinen: gelegentlich Verständnis.

13 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: wenig damit zu tun haben wollten.

Heutzutage meinen 12 der 20 K-Probanden, daß die Eltern Verständnis für sie hatten, wenn sie sich nicht wohl fühlten. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 1 Proband meint: eher sehr oft.

16 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, daß die Eltern wenig damit zu tun haben wollten, wenn sie sich nicht wohl fühlten. 12 Probanden meinen: eher selten; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Frage 6: Alle 14 K-Probanden, die Geschwister haben, hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern sich öfter um die Geschwister kümmerten als um sie. 7 Probanden meinen: sehr viel öfter; 7 Probanden meinen: gelegentlich.

6 der 14 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern sich öfter um sie gekümmert haben als um die Geschwister. 3 Probanden meinen: sehr oft; 3 Probanden meinen: eher selten mal.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: öfters um mich als um die Geschwister.

Heutzutage meinen 10 der 14 K-Probanden, daß die Eltern sich öfter um die Geschwister gekümmert haben. 5 Probanden meinen: sehr viel öfter; 4 Probanden meinen: ein wenig öfter.

10 der 14 K-Probanden haben heutzutage das Gefühl, daß die Eltern sich öfter um sie als um die Geschwister gekümmert haben. 4 Probanden meinen: ein wenig mehr; 3 Probanden meinen: sehr viel öfter.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: öfter um mich als um die Geschwister.

Skala 2: EMOTIONALE ENTFALTUNG

Frage 7: 15 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß Zuhause bei den Eltern eine behagliche Lebensatmosphäre war. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 3 Probanden meinen: eher sehr oft.

17 der 20 K-Probanden meinen, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, daß Zuhause bei den Eltern eine spannungsreiche Lebensatmosphäre war. 10 Probanden meinen: sehr oft; 7 Probanden meinen: gelegentlich.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: eine besonders spannungsreiche Atmosphäre.

Heutzutage meinen 10 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, Zuhause bei den Eltern sei eine behagliche Lebensatmosphäre gewesen. Alle 10 Probanden meinen: nur ab und zu einmal.

19 der 20 K-Probanden haben heute das Gefühl, daß Zuhause bei den Eltern eine spannungsreiche Lebensatmosphäre war. Davon meinen 14 Probanden: sehr oft; 3 Probanden meinen: gelegentlich bis oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen eindeutig in Richtung: sehr oft eine besonders spannungsreiche Atmosphäre.

Frage 8: 15 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, in einer liebevollen Welt aufzuwachsen. 12 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: eher besonders oft.

12 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, in einer haßerfüllten Welt aufzuwachsen. 6 Probanden meinen: ein wenig; 5 Probanden meinen: eher sehr oft.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: haßerfüllte Welt.

Heutzutage haben 6 der 20 K-Probanden das Gefühl, in einer liebevollen Welt aufgewachsen zu sein. 4 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: eher sehr oft.

17 der 20 K-Probanden haben heutzutage das Gefühl, in einer haßerfüllten Welt aufgewachsen zu sein. 9 Probanden meinen: sehr oft; 5 Probanden meinen: ein wenig.

3 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: haßerfüllte Welt.

Frage 9: 13 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern mit ihnen gelacht haben. 12 Probanden meinen: eher selten.

16 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern oft mit ihnen ernst waren. 9 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: besonders oft ernst.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: mit mir ernst waren.

Heutzutage haben 13 der 20 K-Probanden das Gefühl, daß die Eltern mit ihnen gelacht haben. 11 Probanden meinen: eher selten; 1 Proband meint: eher oft; 1 Proband meint: Mutter oft, Vater selten.

17 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, daß die Eltern mit ihnen ernst waren. 9 Probanden meinen: eher sehr ernst; 5 Probanden meinen: gelegentlich.

12 "sowohl als auch" Antworten geht die Tendenz in Richtung: oft mit mir ernst waren.

Frage 10: 15 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, sich in der Nähe der Eltern wohl zu fühlen. 12 Probanden meinen: eher wenig; 1 Proband meint: eher sehr wohl.

11 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, sich in der Nähe der Eltern unwohl zu fühlen. 7 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: eher sehr unwohl; 1 Proband meint: bei der Mutter ein wenig, beim Vater sehr unwohl.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: wohl zu fühlen.

Heutzutage meinen 12 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, daß sie sich in der Nähe der Eltern wohl gefühlt zu haben. 10 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: eher sehr wohl.

15 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, das Gefühl zu haben, sich in der Nähe der Eltern unwohl gefühlt zu haben. 7 Probanden meinen: ein wenig; 6 Probanden meinen: sehr unwohl; 1 Proband meint: bei der Mutter ein wenig, beim Vater eher sehr unwohl.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: unwohl gefühlt.

Frage 11: 17 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern sich ihnen gegenüber verschlossen verhalten haben. 10 Probanden meinen: ein wenig; 5 Probanden meinen: eher äußerst verschlossen.

16 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß die Eltern sich ihnen gegenüber aufgeschlossen verhalten haben. 12 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: eher sehr aufgeschlossen.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: aufgeschlossen.

Heutzutage meinen 11 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, daß die Eltern sich ihnen gegenüber aufgeschlossen verhalten haben. 9 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: Vater eher sehr, Mutter ein wenig.

16 der 20 K-Probanden meinen, heutzutage das Gefühl zu haben, daß die Eltern sich ihnen gegenüber verschlossen verhalten haben. 7 Probanden meinen: ein wenig; 7 Probanden meinen: sehr verschlossen.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: eher verschlossen.

Skala 3: SELBSTGEFÜHLE

Frage 12: 15 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, nützlich zu sein. 11 Probanden meinen: selten; 2 Probanden meinen: eher öfters.

13 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, wertlos zu sein. 8 Probanden meinen: selten; 3 Probanden meinen: eher sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Heutzutage meinen 16 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, nützlich zu sein. 11 Probanden meinen: selten; 2 Probanden meinen: eher sehr oft.

18 der 20 K-Probanden meinen, heute das Gefühl zu haben, wertlos zu sein. 11 Probanden meinen: sehr oft; 5 Probanden meinen: selten.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft das Gefühl, wertlos zu sein.

Frage 13: 16 der 20 K-Probanden kannten als Kind Gefühle starken Vertrauens gegenüber den Mitmenschen. 8 Probanden meinen: ein wenig; 6 Probanden meinen: eher sehr stark.

17 der 20 K-Probanden kannten als Kind Gefühle starken Mißtrauens gegenüber den Mitmenschen. 10 Probanden: eher ein wenig; 4 Probanden: eher sehr stark.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Gefühle starken Vertrauens.

Heutzutage meinen 18 der 20 K-Probanden, Gefühle starken Mißtrauens gegenüber den Mitmenschen zu haben. 10 Probanden meinen: sehr stark; 6 Probanden meinen: ein wenig.

18 der 20 K-Probanden meinen, heutzutage Gefühle starken Vertrauens gegenüber den Mitmenschen zu haben. 8 Probanden meinen: sehr starkes Vertrauen; 6 Probanden meinen: ein wenig.

17 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Mißtrauen.

Frage 14: 8 der 20 K-Probanden kannten als Kind Gefühle innerer Leblosigkeit. 5 Probanden meinen: eher sehr oft; 3 Probanden meinen: eher wenig.

17 der 20 K-Probanden kannten als Kind das Gefühl innerer Lebendigkeit. 5 Probanden meinen: sehr stark; 5 Probanden meinen: ein wenig.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: innerer Leblosigkeit.

Heutzutage kennen 19 der 20 K-Probanden das Gefühl innerer Leblosigkeit. 11 Probanden meinen: sehr oft; 4 Probanden meinen: gelegentlich.

Ebenfalls 19 der 20 K-Probanden kennen heute das Gefühl innerer Lebendigkeit. 10 Probanden meinen: ein wenig; 8 Probanden meinen: sehr oft.

18 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft das Gefühl innerer Leblosigkeit.

Frage 15: 18 von 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, am Rande gestanden zu haben. 10 Probanden meinen: gelegentlich; 8 Probanden meinen: sehr oft.

15 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, zugehörig gewesen zu sein. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: sehr oft.

14 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: zugehörig.

Heutzutage haben 14 der 20 K-Probanden das Gefühl, zugehörig zu sein. 12 Probanden meinen: gelegentlich; 1 Proband meint: eher sehr oft.

15 der 20 K-Probanden haben heutzutage das Gefühl, am Rande zu stehen. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 7 Probanden meinen: eher sehr oft.

11 der "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: am Rande zu stehen.

Frage 16: 18 der 20 K-Probanden kannten als Kind Gefühle innerer Aufgeschlossenheit. 8 Probanden meinen: ein wenig; 7 Probanden meinen: sehr stark.

19 der 20 Probanden kannten als Kind Gefühle innerer Zurückgezogenheit. 8 Probanden meinen: ein wenig; 8 Probanden meinen: sehr stark.

17 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: innerer Aufgeschlossenheit.

Heutzutage kennen 19 der 20 K-Probanden das Gefühl innerer Aufgeschlossenheit. 11 Probanden meinen: sehr stark; 4 Probanden meinen: ein wenig.

Alle 20 K-Probanden meinen, heute das Gefühl innerer Zurückgezogenheit zu kennen. 15 Probanden meinen: sehr stark.

19 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr stark Gefühle innerer Zurückgezogenheit.

Frage 17: 12 der 20 K-Probanden hatten als Kind Gefühle, vieles in ihrem Leben als sinnlos zu erleben. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

16 der 20 K-Probanden hatten als Kind Gefühle, vieles in ihrem Leben als sehr sinnvoll zu erleben. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Heutzutage meinen 18 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, vieles als sinnlos in ihrem Leben zu erleben. 10 Probanden meinen: sehr oft; 3 Probanden meinen: selten.

Ebenfalls 18 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, das Gefühl zu haben, vieles als sinnvoll in ihrem Leben zu erleben. 9 Probanden meinen: selten; 4 Probanden meinen: sehr oft.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sinnlos in meinem Leben zu erleben.

Frage 18: 16 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, sich am liebsten in der Außenwelt zu beschäftigen. 6 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: eher sehr oft.

15 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, sich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen. 9 Probanden meinen: gelegentlich; 6 Probanden meinen: eher sehr oft.

13 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: Außenwelt.

Heutzutage meinen 16 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, sich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 7 Probanden meinen: eher sehr oft.

17 der 20 K-Probanden meinen, heute das Gefühl zu haben, sich am liebsten in der Außenwelt zu beschäftigen. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

14 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Frage 19: 18 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. 10 Probanden meinen: ein wenig; 7 Probanden meinen: sehr oft.

18 der 20 K-Probanden kannten als Kind das Gefühl, mit dem Druck der Realität fertig zu werden. 9 Probanden meinen: ein wenig; 5 Probanden meinen: eher sehr oft.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: Druck der Realität ausgeliefert zu sein.

Heutzutage meinen 17 der 20 K-Probanden, das Gefühl zu haben, mit dem Druck der Realität fertig zu werden. 9 Probanden meinen: ein wenig; 4 Probanden meinen: sehr oft.

19 der 20 K-Probanden meinen, heutzutage das Gefühl zu haben, mit dem Druck der Realität fertig zu werden. 9 Probanden meinen: ein wenig; 4 Probanden meinen: sehr oft.

19 der 20 K-Probanden meinen, heutzutage das Gefühl zu haben, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. 9 Probanden meinen: sehr oft; 5 Probanden meinen: ein wenig.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein.

Skala 4: AGGRESSIVES ERLEBEN

Frage 20: 17 der 20 K-Probanden waren in ihrer Jugend in der Lage, sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen. 10 Probanden meinen: ein wenig; 5 Probanden meinen: sehr oft bis immer.

18 der 20 K-Probanden waren in ihrer Jugend bestrebt, mit anderen Menschen gut auszukommen. 8 Probanden meinen: ein wenig; 8 Probanden meinen: sehr oft bis immer.

15 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sehr oft bestrebt, mit anderen Menschen gut auszukommen.

Heutzutage meinen 18 der 20 K-Probanden, daß sie bestrebt sind, mit anderen Menschen gut auszukommen. 8 Probanden meinen: sehr oft bis immer; 6 Probanden meinen: ein wenig.

18 der 20 K-Probanden meinen, heutzutage in der Lage zu sein, sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen. 10 Probanden meinen: sehr oft bis immer; 6 Probanden meinen: ein wenig.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: sehr oft mit anderen Menschen auseinanderzusetzen.

Frage 21: 18 der 20 K-Probanden wollten in ihrer Jugend anderen Personen alles recht machen. 10 Probanden meinen: immer; 5 Probanden meinen: gelegentlich.

14 der 20 K-Probanden konnten in ihrer Jugend andere Personen auf ihre Rechte aufmerksam machen. 6 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher immer.

12 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: anderen Personen immer alles recht machen wollen.

Heutzutage können 17 der 20 K-Probanden andere Personen auf ihre Rechte aufmerksam machen. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 6 Probanden meinen: eher sehr oft bis immer.

17 der 20 K-Probanden wollen heutzutage anderen Personen alles recht machen. 9 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: eher sehr oft.

15 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Frage 22: 18 der 20 K-Probanden reagierten in ihrer Jugend auf Ärgerlichkeiten sehr wütend. 9 Probanden meinen: sehr oft bis immer; 8 Probanden meinen: gelegentlich.

11 der 20 K-Probanden reagierten in ihrer Jugend auf Ärgerlichkeiten sehr friedlich. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 3 Probanden meinen: eher sehr oft.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer sehr wütend.

Heutzutage meinen 19 der 20 K-Probanden, auf Ärgerlichkeiten sehr wütend zu reagieren. 10 Probanden meinen: gelegentlich; 7 Probanden meinen: immer.

10 der 20 K-Probanden reagieren heute auf Ärgerlichkeiten sehr friedlich. Davon meinen 3 Probanden: gelegentlich; 2 Probanden meinen: eher sehr oft.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: immer sehr friedlich.

Frage 23: 15 der 20 K-Probanden waren in ihrer Jugend bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht. 9 Probanden meinen: gelegentlich; 6 Probanden meinen: immer.

8 der 20 K-Probanden waren in ihrer Jugend bei Ungerechtigkeiten unbeteiligt. Alle 8 Probanden meinen: gelegentlich.

6 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: immer auf gerechte Bestrafung bedacht.

Heutzutage meinen 8 der 20 K-Probanden, bei Ungerechtigkeiten unbeteiligt zu sein. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 1 Proband meint: immer.

15 der 20 K-Probanden sind heute bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht. 8 Probanden meinen: so gut wie immer; 5 Probanden meinen: gelegentlich.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: auf gerechte Bestrafung bedacht.

Frage 24: 16 der 20 K-Probanden haben in der Jugend das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen akzeptiert. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

19 der 20 K-Probanden haben in ihrer Jugend das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen bemängelt. 10 Probanden meinen: gelegentlich; 6 Probanden meinen: sehr oft bis immer.

16 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: das fehlerhafte Verhalten zu bemängeln.

Heutzutage meinen 15 der 20 K-Probanden, daß sie das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen bemängeln. 10 Probanden meinen: gelegentlich; 3 Probanden meinen: eher sehr oft bis immer.

18 der 20 K-Probanden akzeptieren heute das fehlerhafte Verhalten ihrer Mitmenschen. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 8 Probanden meinen: sehr oft bis immer.

13 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: akzeptieren.

Frage 25: 10 der 20 K-Probanden war es in ihrer Jugend egal, aus ihrem Leben was zu machen. 5 Probanden meinen: ein wenig egal; 4 Probanden meinen: eher ganz egal.

16 der 20 K-Probanden waren in ihrer Jugend bestrebt, aus ihrem Leben unbedingt was zu machen. 8 Probanden meinen: immer sehr bestrebt; 7 Probanden meinen: ein wenig bestrebt.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: unbedingt was zu machen.

Heutzutage meinen 9 der 20 K-Probanden, daß es ihnen egal ist, ob sie in ihrem Leben was erreichen. 5 Probanden meinen: ein wenig egal; 3 Probanden meinen: eher ganz egal.

19 der 20 K-Probanden sind heute bestrebt, unbedingt was im Leben zu erreichen. 13 Probanden meinen: immer sehr bestrebt; 5 Probanden meinen: ein wenig und mehr bestrebt.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: sehr bestrebt, was zu erreichen.

Skala 5: AUTOAGGRESSIVE TENDENZEN

Frage 26: 16 der 20 K-Probanden hatten als Kind über sich und das Leben an sich nachgedacht.

9 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: sehr oft.

12 der 20 K-Probanden hatten als Kind über ihren Tod nachgedacht. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: oft über mich und das Leben an sich.

Heutzutage meinen 19 der 20 K-Probanden, über sich und das Leben an sich nachzudenken. Davon 18 Probanden: sehr oft.

18 der 20 K-Probanden meinen, heute über ihren Tod nachzudenken. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 8 Probanden meinen: eher sehr oft.

17 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: sehr oft über mich und das Leben an sich.

Frage 27: 3 der 20 K-Probanden hatten als Kind den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein. 2 Probanden meinen: eher nur gelegentlich; 1 Proband meint: eher sehr oft.

12 der 20 K-Probanden hatten als Kind den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein. 5 Probanden meinen: ein wenig; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

2 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Heutzutage haben 7 der 20 K-Probanden den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein. 4 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: eher sehr oft.

1 Proband meint, heute ein wenig den Wunsch zu verspüren, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein.

Bei 1 "sowohl als auch" Antwort ist keine Tendenz zu verzeichnen.

Frage 28: 9 der 20 K-Probanden hatten als Kind ängstlich phantasiert, ihr Leben zu verlieren. 6 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: sehr oft.

12 der 20 K-Probanden hatten als Kind lebhaftes Phantasien, in denen sie an ihrem Leben hingen. 6 Probanden meinen: gelegentlich; 3 Probanden meinen: eher sehr oft.

7 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell eindeutig in Richtung: an meinem Leben hing.

Heutzutage phantasieren 10 der 20 Probanden ängstlich, ihr Leben zu verlieren. 8 Probanden meinen: gelegentlich; 1 Proband meint: eher sehr oft.

14 der 20 K-Probanden haben heutzutage lebhaftes Phantasien, in denen sie an ihrem Leben hängen. 7 Probanden meinen: eher gelegentlich; 4 Probanden meinen: eher sehr oft.

9 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: in denen ich an meinem Leben hänge.

Frage 29: 13 der 20 K-Probanden hatten als Kind Vorstellungen und Gedanken, in denen der Tod eine Rolle spielt. 6 Probanden meinen: eher sehr oft; 4 Probanden meinen: eher gelegentlich.

6 der 20 K-Probanden hatten als Kind Vorstellungen und Gedanken, in denen die Geburt eine Rolle spielte. 5 Probanden meinen: eher nur gelegentlich; 1 Proband meint: eher sehr oft.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: in denen der Tod eine Rolle spielt.

Heutzutage haben 16 der 20 K-Probanden Vorstellungen und Gedanken, in denen der Tod eine Rolle spielt. 8 Probanden meinen: eher sehr oft; 6 Probanden meinen: gelegentlich.

12 der 20 K-Probanden haben heute Vorstellungen und Gedanken, in denen die Geburt eine Rolle spielt. 4 Probanden meinen: eher sehr oft; 7 Probanden meinen: gelegentlich.

11 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: in denen der Tod eine Rolle spielt.

Frage 30: 9 der 20 K-Probanden hatten als Kind den Gedanken, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: eher sehr oft.

17 der 20 K-Probanden hatten als Kind das Gefühl, daß es sich lohnt zu leben. 9 Probanden meinen: eher sehr oft; 6 Probanden meinen: eher nur gelegentlich.

8 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: daß es sich lohnt zu leben.

Heutzutage meinen 12 der 20 K-Probanden, daß sie Gedanken haben, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. 6 Probanden meinen: sehr oft; 5 Probanden meinen: gelegentlich.

18 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, daß es sich lohnt zu leben. 10 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: sehr oft.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: daß der Tod eigentlich eine Erlösung...

Frage 31: 7 der 20 K-Probanden hatten als Kind die Idee, für immer bei den Eltern bleiben zu wollen.

4 Probanden meinen: gelegentlich; 2 Probanden meinen: eher sehr oft.

13 der 20 K-Probanden hatten als Kind "Fluchtpläne" geschmiedet. 7 Probanden meinen: gelegentlich; 4 Probanden meinen: sehr oft.

5 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Heutzutage schmieden 18 der 20 K-Probanden "Fluchtpläne".

8 Probanden meinen: eher sehr oft; 7 Probanden meinen: eher selten.

11 der 20 K-Probanden meinen heutzutage, daß sie für immer mit ihrem jetzigen Lebenspartner zusammenbleiben möchten.

6 Probanden meinen: weiß ich ganz genau; 4 Probanden meinen: glaube nur ein wenig daran.

10 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: für immer mit meinem Lebenspartner...

Frage 32: 16 der 20 K-Probanden hatten sich als Kind gewünscht, daß ihr böses Verhalten irgendwie entschuldigt werden müßte. 11 Probanden meinen: gelegentlich; 3 Probanden meinen: eher sehr oft.

8 der 20 K-Probanden hatten sich als Kind gewünscht, daß ihr böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte. 7 Probanden meinen: gelegentlich.

7 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Heutzutage wünschen sich 14 der 20 K-Probanden, daß ihr böses Verhalten irgendwie entschuldigt werden müßte.

7 Probanden meinen: gelegentlich; 5 Probanden meinen: eher immer.

5 der 20 K-Probanden wünschen sich heute, daß ihr böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte. 4 Probanden meinen: eher gelegentlich.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: irgendwie entschuldigt werden müßte.

Frage 33: 13 der 20 K-Probanden hatten als Kind gewußt, daß sie sterblich sind. 10 Probanden meinen: absolut sicher; 1 Proband: eher unsicher.

7 der 20 K-Probanden hatten als Kind phantasiert, unsterblich zu sein. 4 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: sehr oft.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: gewußt, daß ich sterblich bin.

Heutzutage phantasieren 3 der 20 K-Probanden, unsterblich zu sein. 2 Probanden meinen: gelegentlich; 1 Proband meint: sehr oft.

Alle 20 K-Probanden wissen heutzutage, daß sie sterblich sind.

3 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: sterblich zu sein.

Frage 34: 14 der 20 K-Probanden haben sich als Kind gefragt, was die Eltern wohl tun würden, wenn sie plötzlich nicht mehr da sein würden. 6 Probanden meinen, sich dieses häufig gefragt zu haben; 6 Probanden meinen: eher selten.

Heutzutage denken 6 der 20 K-Probanden daran, was die Eltern wohl getan hätten, wenn sie plötzlich nicht mehr da gewesen wären. 3 Probanden denken sehr oft daran; 3 Probanden meinen: eher selten.

Skala 6: ABWEHRHALTUNGEN

Frage 35: 10 der 20 K-Probanden verachten ihren Vater. 5 Probanden meinen: sehr; 5 Probanden meinen: ein wenig.

9 der 20 K-Probanden bewundern ihren Vater. 6 Probanden meinen: ein wenig; 3 Probanden meinen: eher sehr.

4 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: verachte meinen Vater.

Frage 36: 7 der 20 K-Probanden meinen, in ihrem Lebenspartner einen Menschen mit schlechten Seiten gefunden zu haben. 3 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: eher ausgesprochen schlechte Seiten; 2 Probanden ließen diese Frage unbeantwortet.

6 der 20 K-Probanden meinen, in ihrem Lebenspartner einen Menschen mit guten Seiten gefunden zu haben. 3 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: eher nur gute Seiten; 3 Probanden ließen diese Frage unbeantwortet.

2 "sowohl als auch" Antworten verzeichnen keine Tendenz.

Frage 37: 9 der 20 K-Probanden bewundern ihre Mutter. 5 Probanden meinen: eher nur ein wenig; 3 Probanden meinen: eher sehr.

10 der 20 K-Probanden verachten ihre Mutter. 8 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: sehr.

4 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: bewundere meine Mutter.

Frage 38: 10 der 20 K-Probanden glauben, daß die Mutter für sie alles richtig gemacht hat. 6 Probanden meinen: ein wenig; 1 Proband meint: eher sehr.

13 der 20 K-Probanden glauben, daß die Mutter für sich alles richtig gemacht hat. 8 Probanden meinen: eher ein wenig; 4 Probanden meinen: eher sehr viel; 1 Proband hat diese Frage nicht beantwortet.

Frage 39: 12 der 20 K-Probanden meinen, der Vater hätte keinen Dank von ihnen zu erwarten. 7 Probanden meinen: überhaupt keinen; 4 Probanden meinen: ein wenig keinen; 1 Proband hat diese Frage nicht beantwortet.

10 der 20 K-Probanden sind ihrem Vater dankbar, er hat es mit ihnen gut gemeint. 5 Probanden meinen: ein wenig; 2 Probanden meinen: sehr dankbar.

5 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: ein wenig dankbar.

Frage 40: 15 der 20 K-Probanden sind ihrer Mutter dankbar, sie hat es mit ihnen gut gemeint. 9 Probanden meinen: ein wenig dankbar; 3 Probanden meinen: eher sehr dankbar.

16 der 20 K-Probanden meinen, die Mutter hätte von ihnen keinen Dank zu erwarten. 9 Probanden meinen: ein wenig keinen Dank; 5 Probanden meinen: eher überhaupt keinen Dank.

13 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell in Richtung: keinen Dank zu erwarten.

Frage 41: 6 der 20 K-Probanden glauben, daß der Vater für sie alles richtig gemacht hat. 4 Probanden meinen: ein wenig dieses zu glauben; 2 Probanden meinen: dieses sehr zu glauben.

11 der 20 K-Probanden glauben, daß der Vater für sich alles richtig gemacht hat. 7 Probanden meinen: sind sehr davon überzeugt; 4 Probanden meinen: eher nur ein wenig.

4 "sowohl als auch" Antworten gehen tendenziell minimal in Richtung: für sich alles richtig gemacht.



Bild 3

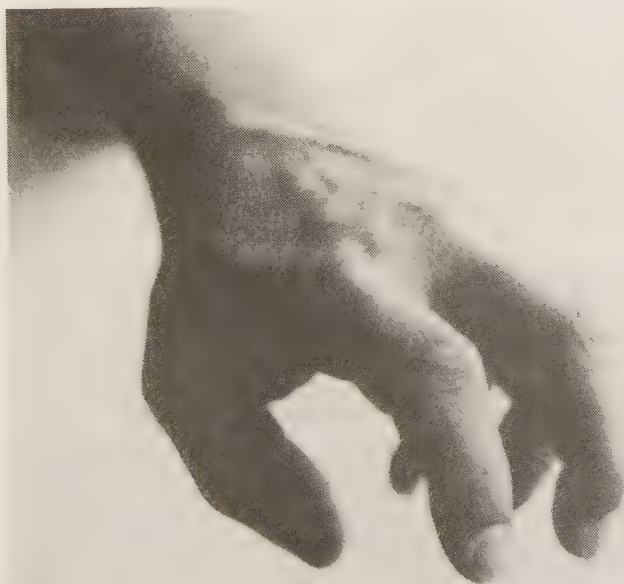


Bild 5

Stichprobe I

(Hyperventilationstetanie)

N = 21

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 3

1. Erklären...einen Gegenstand, eine Kugel oder so...
2. Die Hände möchten etwas greifen...etwas festhalten...
3. Die Hände wollen etwas greifen...
4. Sind Hilfe suchende Hände...
5. Dahinter könnte ein Bauch sein, jemand der sich über seinen Bauch streicht...zwei Hände, die aufeinander zukommen, sich nähern...ein Glas halten wollen... alles umfassendes...in der Mitte warm und geborgen...
6. Die zeigen irgend etwas...Größe...Umfang...im Gespräch oder wollen irgendwas fassen...
7. Diese Hände deuten auf Schmerz hin...oder auf einer Zudecke, da liegt jemand im Bett und drückt eine Gestik aus...
8. Das sieht aus, als wenn die Hände etwas umfassen wollen... sich näher kommen...etwas zeigen...sich näher kommen...
9. Irgendwas greifen wollen...
10. Das sind zwei Hände, die etwas greifen...etwas halten wollen...etwas Umfaßbares, Greifbares...die Seele, weil da ein Schatten drauf ist...also etwas nicht Greifbares... ziemlich zart zupackend...die Verletzlichkeit des Gegenstandes wissend...Vertrauen erweckend das Bild...
11. Zeigt, wie groß ein Ball war...ein Fisch...es ist wohl etwas Rundes...
12. So habe ich mal meinen Bauch festgehalten, als ich schwanger war...da hab ich gedacht, da ist mein Kind drin...vielleicht wollen sich die Hände auch falten... sie sind gerade auf dem Wege zueinander...oder sie wollen jemanden erwürgen...aber man hält sie dann anders, verkrampfter...eher etwas Gutes, würde ich sagen...oder sie wollen bestimmtes Maß angeben...
13. Kopf haltend...einen Kinderkopf vielleicht von oben...
14. Wie Hände im Krankenhaus auf dem Krankenbett...Hilflosigkeit...
15. Als wenn ich jemanden die Kehle zudrücken würde... jemanden umbringen würde...

16. Hände deuten einen Umfang an, eines Gegenstandes...
17. Sieht aus, als wollten die Hände festhalten...
18. Die Geste eines unschlüssigen Menschen, der sich nicht an eine Sache herantraut...
19. Zwischen den beiden Händen eine unsichtbare Wand... sie sind nicht in der Lage, sich zu treffen...
20. Zwei Hände, die etwas greifen wollen...
21. Jemand, der schlecht diskutieren kann...krampfhaftes Haltung im Gespräch...

Stichprobe II (Kontrollgruppe: unausgelesene Neurotiker)

N = 20

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 3

1. Oh! - Fällt mir schwer...sind das Hände vom selben Menschen oder sind das Hände von verschiedenen Menschen, die aufeinander zugehen...oder Gestik zur Unterstützung von Reden...das muß man umfassend sehen...
2. Die Hände beschreiben einen runden bauchigen Gegenstand...
3. Sieht aus, als wenn jemand töpfern will...
4. Wird etwas gehalten, was aber nicht zu sehen ist... eine Art Umarmung...
5. Da schaut einer in eine Glaskugel...schaut da rein...
6. Zeigt Größe oder Ball an...die Dicke einer Sache... oder will nach etwas greifen...
7. - (Versager!)
8. Beide Hände strengen sich an, zusammen zu kommen.
9. Sind die Hände einer einzigen Person, die etwas demonstrieren...zeigen und dabei reden...ganz aufgeregt...das könnte ein Arzt sein...die Geschichte macht mir Angst...jemand, der nach was greift... würde es nicht so schnell mehr loslassen...
10. Ein Mensch, der zeigt Größenverhältnisse...
11. Imitiert jemand die Haltung...als wenn man einen Ball festhält...
12. Die Hände wollen sich greifen...und da ist irgendeine Schwierigkeit dazwischen...
13. Als ob sie eine Frau umarmen...die Taille der Frau fehlt aber...ist wegretuschiert...ja?
14. Versuchen zusammen zu kommen...ineinander zu greifen...
15. Etwas dargestellt werden soll...erläutert werden soll...
16. Die Hände wünschen sich, was anzufassen...da ist schon eine andere Intensität drin...nicht so zart...
17. Die beiden Hände könnten etwas Rundes halten, was jetzt nicht mehr zu sehen ist...einen Ball oder einen schwangeren Bauch...

18. Sieht aus, als würde etwas Unsichtbares umfaßt oder gezeigt werden soll, eine Beschreibung eines Gegenstandes...wenn es in der Bewegung wäre...dann auch zur Verstärkung eines Gedanken...
19. Jemand, der mit Händen erzählt...beschreibt einen Gegenstand...
20. Etwas umfassen...einen Gegenstand umfassen...

Stichprobe I

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 5

1. Die Hand sieht aus wie eine Kralle...
2. Eine verkrampfte Hand...bei einer Krankheit...die zur Verkrampfung führt...Tetanie...Pfötchenstellung...
3. Sieht aus, als wenn jemand umgefallen ist und... ja Mühe hat, sich wieder aufzurichten...
4. Die Hand eines nervösen Menschen, der auf dem Tisch herumtrommelt...
5. Sieht aus wie Krallen...so richtig verkrampft...
6. Die Hand greift etwas, will etwas greifen...
7. Als wenn jemand ein Tier nachmachen möchte...eine Kröte...
8. Der Ausdruck kommt mir beängstigend vor...wie im Traum, in dem nach mir gegriffen wird...
9. Spielen mit Fingern auf einer Platte...trommeln...
10. Ich gehe auf meinen Sohn zu...ich stelle mir vor, daß man so mit seinem Kind spielt...oder ich bin nervös...oder ich überlege...
11. Kann ich nicht sagen...eine Momentaufnahme... 2 Füße, die gehen...
12. Sieht aus wie eine Raubtierkralle...erinnert mich an die Tetaniehand, die Finger bleiben da auch so stehen... das Freundliche, das das Bild hat ist, daß man mit den Fingern mit einem Tier spielt...so hin und her krabbelt...
13. Oh! - Sieht aus wie solch eine Kralle...
14. Hier trifft es erst recht zu, daß die Hände was festhalten...könnte aber auch bedeuten, daß man bedroht...oder wenn man jemandem den "Daumen drückt"...
15. Oh Gott! - Auf jeden Fall unsympatisch...vielleicht ein Griff nach einem Gegenstand...diese Form der Hand gefällt mir nicht...
16. Das ist sehr hart...sieht aus wie eine Kralle...die irgendwas aufreißt oder so...
17. Spinne...Bewegung auf dem Tisch, wenn man es dem Kind vormacht...nervöses Trommeln...Klavier spielen...
18. Da ist auch wieder eine Verkrampfung drin.
19. Läß die Finger wandern...oder es ist eine krampfhaft Hand...

20. Die Hände wirken auf mich hilflos...sich festhalten wollen...
21. Die greift was...und krank sieht sie auch aus, irgendwie...

Stichprobe II

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 5

1. Kann ich schwer deuten...weiß ich nicht...Schreibmaschine schreiben? - Nein....ist zu verkrampft...
2. Irgendwie erschreckend...
3. Ist durch eine Krankheit, durch Gicht oder so...oder in der Wut, wenn man auf jemanden wütend ist...oder wenn man mit den Fingern auf den Tisch tippt...
4. Eine tänzerische Geste...aus der Hand würde etwas herauswachsen...
5. Sieht aus, wie jemand, der einen Krampfanfall hat...die wirken auch sehr angespannt die Finger...nicht sehr locker...der könnte gerade anfangen, Klavier zu spielen...
6. Die Hand greift nach etwas...nach einem Gegenstand...
7. Fällt mir nichts ein...Vogelkralle...
8. Finde ich gar nicht gut...lehne ich ab...
9. Krampf...erinnert mich an Tod...
10. Jemand über eine Fläche krabbelt mit seinen Fingern...
11. Der greift nach irgend was...
12. Greift nach was...
13. So würde ich es machen, wenn ich mit den Fingern klopfen würde...
14. Vielleicht eine Hand von jemandem, der ab und zu Anfälle bekommt und sich dabei verkrampft...
15. Macht Fachsen...eine Greifhaltung, um eine kleine Sache aufzunehmen...sieht verkrampft aus...
16. Der trommelt mit den Fingern eine Melodie oder so etwas...
17. Hier greift sie nach etwas...
18. Jemand macht spielerisch Bewegungen...so auf den Tisch herumkrabbelt...aber die Hand sieht daher hart aus...
19. Das ist eine Position beim Klavierspielen...
20. Spontan...eine verkrüppelte Hand...habe zu viele verkrüppelte Menschen erlebt...erscheint mir sehr verkrampft...läßt nichts fallen...eine unnatürliche Handstellung...

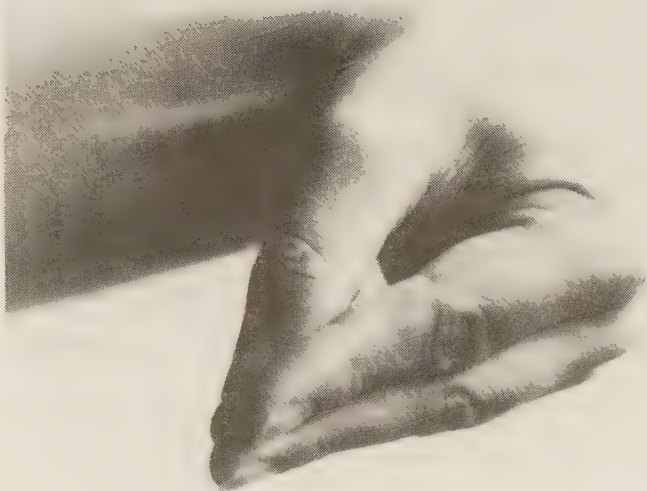
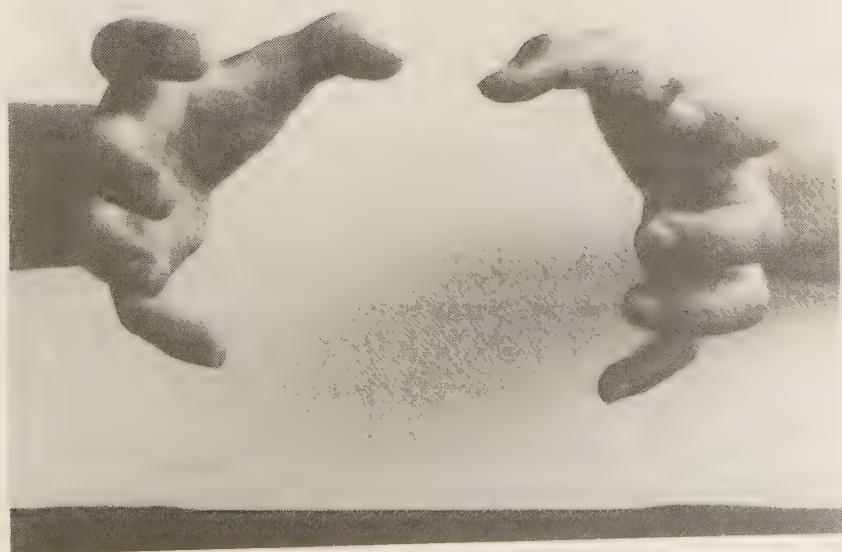


Bild 10



Stichprobe I

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 10

1. Die macht eine Figur nach...
2. Es könnte eine Verkrampfung sein...
3. Macht Gymnastik mit seinen Fingern oder der Hand...
4. Eine Hand, die etwas ausüben will, eine Tätigkeit...
5. Einen Faden irgendwo herausziehen...Prise Salz in die Suppe...
6. Das könnte auch im Gespräch sein...aber ziemlich verkrampft...ziemlich unnatürlich...
7. Das erinnert mich an ein Schattenspiel...ein Tier an die Wand werfen...
8. Als wenn jemand nach Krankheit Übungen macht...immer probieren muß, die Finger zusammen zu bekommen... Training...
9. Wannmacht man so? Vielleicht beim Erzählen macht man solche Gesten...ich bezogen...
10. Da versucht jemand Pantomime zu machen...sieht aus wie ein Vogel...erinnert mich an ein Spiel in der Schule, da haben wir versucht, den Daumen herunter zu drücken bis auf die Arme...drückt Genauigkeit aus...
11. Chinesische Schatten...Tier machen wollen...
12. Dazu fällt mir nichts ein...nur, daß man etwas festhält...
13. Eine was demonstrierende Hand...die will auf etwas hinweisen, je nach dem Inhalt, um das es verbal geht... eine Ergänzung zu einem Gespräch...Tetanie Hand...
14. Schattenspiele...
15. Sieht aus wie ein Krampf...
16. Hand auf den Körper gerichtet...
17. Eigentlich erinnert mich das an einen Vogel...
18. Stellung erinnert mich an meine Tetanieanfälle...für eine Pantomime wäre es unnatürlich...zusehr angewinkelt...
19. Schwierigkeiten, etwas reinzuinterpretieren...könnte sein, daß der Daumen von den anderen Fingern gehalten wird... vielleicht so ein bischen Zuneigung spiegelt sich drin... als harmonisch zu empfinden...wenn man nicht mißtrauisch ist...
20. Erinnert mich an einen Kopf vom Dackel...könnte ein ganz kleinen, winzigen Gegenstand halten wollen...
21. Vergleich mit der anderen Hand...in Gesprächen sich ausdrücken und unterstützen...Komplexe...

Stichprobe II

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 10

1. Zierlich...so wie die Finger gestreckt sind... erinnert mich an Schattenspiele...Schnäbel an die Wand werfen... eine nicht natürliche, gekünzelte Fingerhaltung... aber anmutig...
2. Das ist eine tetanische Handhaltung... (Ärztin!)
3. Ich glaube, dieser Mensch ist sehr eng...sehr sensibel... nach innen gerichtet...
4. Schattenspiele...Vogelkopf...
5. Das ist ein Schwarn...so als Finger geformt...
6. Die Hand, die auf eine Person oder auf sich selbst zeigt...spricht von sich...
7. - (Versager!)
8. Wenn man nachdenkt...Handbewegung zu einer Rede...
9. Das ist eine ganz zarte, weiche Haltung...könnte eine Mutter sein, die einen Löffel hält, um ein Kind zu füttern...
10. Eine Bauchtänzerin...die Hand einer Bauchtänzerin...
11. Versucht eine besonders ausgefallene Fingerstellung zu erreichen...einen rechten Winkel...
12. Dazu fällt mir nur Kunst ein...ein künstliches Gebilde...
13. Richtige Figur macht er...stellt ein Tier dar...Entenschnabel...
14. Könnte ein Fingerspiel sein...
15. Denke an eine Frau, die etwas ganz dezidiert erläutert...
16. Ach herje! - So etwas hab ich mal gesehen, wenn wir Schattenspiele gemacht haben...Schwanspiel...eine Emotion kann ich mit dieser Handhaltung nicht in Zusammenhang bringen...
17. (Lacht!) - Fingerspiele, die ich mit meinem Freund mache, die Figur hat Charakter...eine Handpuppe ohne Anzug... hier sieht sie zufrieden...lächelnd wie ein Giraffe...
18. Erinnert mich an Schlangenkopf...ganz bewußt...nicht zufällig...nicht im Alltag gebräuchlich...es ist denn, es wird was dargestellt...
19. Für mich auch krank...
20. Gymnastik...

Stichprobe I

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 11

1. Etwas Konkretes beschreiben...
2. Vor diesen Händen hätte ich auch Angst, als wenn sie etwas zudrücken wollen...als wenn der Mörder seinem Opfer den Hals zudrücken möchte...
3. Die Hände sind eher verkrampft als gespannt...eher angriffslustig, greifen an...oder greifen nach etwas... eher eine Bedrohung...
4. Drücken für mich eine Bedrohung aus...typische Symbolgeste für erwürgen wollen oder so etwas...
5. Sich irgendwie festhalten...krallt er sich irgendwie so fest...
6. Hände versuchen etwas festzuhalten...
7. Als wenn ich jemanden erwürgen möchte...
8. Oh! - Das könnte sein, als wollte jemand etwas krampfhaft festhalten...
9. Würgende Hand...aggressiver als die Kopf haltende...
10. Das sieht aus wie Tetanie...sieht verkrampft aus...
11. Ja - wie das andere Bild mit dem Ball...aber das ist ganz anders...irgendwie verkrampfter...einfach so, aber das ist auch mehr Krallen...aber das hat doch keinen Sinn...
12. Da will einer etwas zerrupfen...als wenn jemand einen anderen an den Hals will...gewaltsam...
13. Die gefällt mir auch nicht...greifen was zu...zupacken... nicht sympathisch...
14. Hier will jemand zeigen, wie umfangreich, wie groß etwas ist...als wenn er es umfassen will...
15. Das wirkt gierig...in einer Scherzsituation: das will ich haben...
16. Ja - die wollen auch irgendetwas fassen...bestimmt was fassen...
17. Da liegt ein gewisser Krampf, eine Aggressivität drin, etwas festhalten wollen...auch wenn es weh tut...festhalten wollen...
18. Hände, die etwas greifen...vielleicht nach einem Menschen...
19. Auch nach was greifen...vielleicht nach einem Menschen...
20. Etwas festhalten, was einem plötzlich weggefallen ist, man möchte gleich wieder zufassen, um es zu halten...
21. Die will auch etwas erklären...eine Figur erklären...

Stichprobe II

Antworten zur Hand-Foto-Serie Bild 11

1. Einen Gegenstand festhalten...eine Vase...könnte auch ein Kind sein, das man gerade hochhebt...
2. Als ob die Hände nach meinem Hals greifen wollen...
3. So als ob jemand jemanden erwürgen will...
4. Die was festhalten, aber nicht so beschützend...festhaltend...zudrückend...aber auch etwas Rundes...
5. Fallen mir als erstes die langen Fingernägel auf...stell ich mir vor, daß da ein Körper zwischen ist...als ob derjenige nicht so richtig weiß, wie er anfassensoll...die Anspannung richtig los zu werden...faßt den Körper einer Frau an...der Körper ist nicht groß...die Frau steht mit dem Rücken zum Mann...Taille der Frau...
6. Das empfind ich wie das vorherige Bild...etwas anschaulich machen...Umfang gezeigt wird...Dinge zusammenkommen...
7. Sieht aus, als ob jemand etwas wegschiebt...Aggression drin...
8. Sieht schlimm aus...gefährlich, will jemanden ermorden...erwürgen...aber da fehlt wieder etwas in der Mitte...
9. Die Hände wollen voneinander weg...
10. Sieht so aus, als würde jemand etwas formen...einen Gegenstand formen...obwohl ein bestimmter Gegenstand fehlt...
11. Beschreibt wild Größenverhältnisse...
12. Das ist jemand, der jemanden erwürgen will...
13. Wenn man nervös ist...mit den Händen spielen...
14. - (Versager!)
15. Zwei Hände, die nach etwas greifen...auch sehr aggressiv...
16. Da droht jemand: wenn du jetzt nicht still bist, erwürge ich dich...
17. Zugreifen oder etwas auffangen...eventuell Ansatz zum zerdrücken...gewalttätig...zerstören...
18. Finde ich als völlig chaotisch...so disharmonisch...er könnte nach irgendwas greifen...aber...oder eher jemandem den Hals umdrehen...Wut zum Ausdruck bringt...geht nicht liebevoll mit einer Sache um...
19. Würgegriff...
20. Für mich auch die Form eines Ausdruckes...aber verkrampft...Ausdrücken eines Gedankens...

Diskussion zur psycho-sozialen Dynamik an Hand der Ergebnisse der drei Untersuchungsabschnitte

Der folgende Versuch von uns, Vielfältiges zu einem andeutungsweise konturierten Bild über die psycho-soziale Dynamik der Hyperventilationstetanie zusammen zu fügen, ist ein Bemühen um richtungsweisende Tendenzen im Zusammenspiel von sozialen und psychischen Bedingungen und nicht der Versuch, ein tetanie-spezifisches Gefüge gleicher Erlebnisqualitäten und Verhaltensmodalitäten zu erstellen. Wir wissen um die Schwierigkeit, bewußtseinsmäßig zeitlich lang zurückliegende Beziehungsgefühle und emotionale Stimmungen wiederzubeleben, um sie in ihrer Zugehörigkeit zur Kinderwelt aus einer Erwachsenenwelt heraus zu bewerten. Dieses schien im besonderen eine Schwierigkeit für unsere Probanden gewesen zu sein und mit ein Grund dafür, warum uns in mancher Untersuchungssituation Kritik (auch stumme) und Überforderungsmomente der Probanden begegnet sind.

Die jeweiligen Kindheiten der untersuchten Probanden mit Hyperventilationstetanie scheinen in ihrer psycho-sozialen Dynamik eher Ähnlichkeiten als Gleichheiten aufzuweisen. Unterschiede traten zutage in der Beurteilung ihrer Sozialisation und ihrer Erlebniswelt als Kind und in der Betrachtung aus heutigem Empfinden heraus. In der Selbsteinschätzung ihrer kindlichen emotionalen Erfahrungen erhielten wir von den Probanden neben polaren auch häufig bipolare Antworten auf der selben Skala, was gleichzeitig sowohl positive als auch negative Gefühle in einem Erlebnisbereich zum Ausdruck bringen mag. Meinungs- und empfindungsbezogen teilen sich anscheinend die Probanden mit Hyperventilationstetanie in drei voneinander abweichende Gruppen auf.

Es formiert sich eine Gruppe, die überwiegend positive Kindheitsgefühle hat, eine weitere Gruppe, die negative Gefühlserinnerungen zum Ausdruck bringt, und eine Gruppe, die ungelöste widersprüchliche Gefühle nachempfindet. Die letzt genannte Gruppe ist hier die größte.

Die Probanden mit Hyperventilationstetanie haben tendenziell (das heißt hier mehr als 50 %) das Gefühl, daß die Eltern ihnen eher Zuneigung und gefühlsbetonte Zuwendung als Härte im Laufe ihrer kindlichen Sozialisation entgegengebracht haben. Offene Ablehnung (Proband: "Ich sollte eigentlich abgetrieben werden") haben wohl die wenigsten Probanden in so eindeutiger Weise zu spüren bekommen. An Beachtung und Aufmerksamkeit seitens der Eltern hat es ihnen aus eigener Sicht nicht gefehlt. Das Verhalten der Eltern war ihnen gegenüber angeblich stets geduldig und mit verständnisvollen Zügen, wobei Geborgenheitsgefühle besonders in Augenblicken, in denen sich die Probanden als Kind nicht wohl fühlten, erlebt wurden. Es ist naheliegend, hier von frühen Idealisierungstendenzen gegenüber den eigenen Eltern zu sprechen, da die Probanden andererseits erfahren hatten, daß sich die Eltern im allgemeinen geneigter zeigten, sich den konkurrierenden Geschwistern mit mehr Fürsorge zuzuwenden, als die Probanden selbst von den Eltern zu erwarten hatten. Wir finden in den uns vorliegenden Ausführungen zur Ontogenese der Probanden maskierte Härte und versteckte aggressive Impulse, vorzugsweise durch die Mutter. Dieses sind Erfahrungen, die bewiesenermaßen zu einer früh eintretenden Resignation aus oraler Abhängigkeit und zu Schuldgefühlen führen. Die Hemmung des oral-kaptativen Antriebes beginnt sich aufzubauen.

Die Folgen sind im jetzigen Selbsterleben der Probanden Gefühle von Minderwertigkeit und Gefühle, ungeliebt zu sein.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe beschreiben die Probanden mit Hyperventilationstetanie in den Bereichen Primärzustand, Emotionale Entfaltung und Selbstgefühle, mehr positive Erfahrungen und Erinnerungen. Aber im einzelnen betrachtet erscheinen uns die Antworten der Probanden mit Hyperventilationstetanie vermischter und widersprüchlicher als bei den unausgelesenen Neurotikern.

Die Eltern der Probanden mit Hyperventilationstetanie sollen zwar größtenteils um ein harmonisches Zuhause bemüht gewesen sein, aber nach Ansicht der Befragten ist dieses den Eltern nur in den wenigsten Fällen gelungen, ebenso wenig wie das Bemühen, die kindlichen Bedürfnisse und Strebungen unserer Probanden in einer angemessenen Weise zu berücksichtigen. Die Eltern scheinen wenig Zeit für ihre Kinder bereit gestellt zu haben. Der oftmals moralisierende und reglementierende Einfluß der Eltern und die frühzeitige in-Pflicht-Nahme (zumeist durch die Mutter) scheint den Probanden noch heute eine bedrückende Last im Sinne eines strengen Über-Ichs zu sein. Entweder wurde ein Teil der Probanden frühzeitig in ihrem Leben zur Haushaltsarbeit herangezogen, während andere zu einem vernünftigen, also einem unkindlichen Verhalten aufgerufen (Proband: "Ich war die Kleinste und Vernünftigste") wurden. Verzicht und Aufopferung wurden früh zur Lebenshaltung antrainiert.

Die Probanden sagen, daß sie sich als Kind in der Nähe der Eltern wohl gefühlt haben; viele meinen, ihr kindlicher Lebensraum sei behaglich gewesen, zwar nicht immer, dieses schränken sie ein, denn es gab ihrer Ansicht nach auch Zeiten in ihrem Leben, da spürten sie ein Unwohlsein im Zusammenleben mit ihren Eltern. Andererseits haben manche Probanden tief verletzende Vorwürfe wie die Aussage: "Du zerstörst unsere Ehe", ertragen

müssen. Die Gefühle von heftigen emotionalen Erfahrungen in Gemeinschaft mit den Eltern der Probanden wurden gleichzeitig ungelöst spannungsreich und im gleichen Atemzug als auch behaglich empfunden geschildert. Somit können wir davon ausgehen, daß eine Menge von ungelösten Widersprüchen als krankmachende Faktoren bereit liegen.

Im Umgang mit ihren Kindern scheinen die Eltern sich den Probanden gegenüber mehr verschlossen als aufgeschlossen gegeben zu haben. Heitere und entspannte Situationen wurden durch eine ehrgeizige Haltung der Mutter zur Seltenheit. War es nicht der unermüdliche "Fleiß" der Mutter, der nur wenig Lebensraum für unbeschwerte und humorvolle Stunden Platz ließ, so engte oft der Jähzorn des Vaters die kindliche Sozialisation ein (Patient: "Bei uns war es nie heiter").

Aus der heutigen Sicht will dennoch den Probanden Heiterkeit und Vergnügtheit nicht fremd gewesen sein. Sie erinnern sich an eine Lebendigkeit, die sie sogar innerlich erlebten. Die häufigsten negativen Erlebnisse mit den Eltern soll ihr Selbstwertgefühl aus eigener Sicht nicht getrübt haben.

In 6 Fällen der Untersuchungsgruppe waren frühzeitig ein Elternteil oder beide verstorben bzw. lebten nicht mit den Probanden zusammen. Bei vielen Probanden war es der Vater, der sich dem Kind als emotionaler Zufluchtsort ersatzweise für die "harte" Mutter immer wieder anbot. Der Vater versuchte die emotionale Vernachlässigung seitens der Mutter in einer wohlgemeinten aber eher verwöhnenden Art auszugleichen. Hier scheint u. E. viel offene und latente Ambivalenz der Eltern dem Kind gegenüber und auch unter den Elternteilen selbst im Spiele gewesen zu sein. War die Ablehnung nicht

offensichtlich, so zeigte sie ihre Wirkung in dem wechselhaften Verhalten durch Vater, Mutter oder durch beide gemeinsam. Aber die Probanden mit Hyperventilationstetanie trennen in der Gesamtbeurteilung ihrer Gefühle, die Mutter und Vater betreffen, zwischen beiden Elternteilen. Sie deuten an, daß sie zwar Mutter und Vater gleichermaßen bewundern, aber Vater bekommt eine etwas bevorzugtere Beurteilung. Sie glauben, daß Mutter es ebenso gut mit ihnen gemeint hat wie der Vater, wollen ihr aber nicht so viel Dank zukommen lassen, wie sie für den Vater bereithalten. Wenn die Probanden heutzutage unter einem allzu strengen Über-Ich zu leiden haben, dann hätten wir hier eine einleuchtende Erklärung für die Tendenz nicht anzuzweifeln, was die Eltern für sich selbst und für sie persönlich getan haben und es ihnen deshalb auf jeden Fall recht zu machen, so daß ihre selbstdestruktive Pflichterfüllung keinen Spielraum für eigenes Recht und eigene Wünsche bietet. Als Abwehr für die reale Überprüfung der Eltern, die sicher nicht gut ausfallen würde, werden die sich bedingenden zwei Abwehrmechanismen der Idealisierung auf der einen Seite und die der Verleugnung auf der anderen Seite in Gang gehalten. Im Vergleich nämlich zu den unausgelesenen Neurotikern, die nicht so unkritisch ihren Eltern gegenüber sich verhalten, ist die Idealisierung der Eltern unserer Probanden übermäßig häufig und deutlich zu verzeichnen. Die teils einengenden und hemmenden Einflüsse des Antriebserlebens sind sichtlich die Quelle für die späteren Angst- und Schuldgefühle. Grundlegende Affekte, die in der Gegenwart erst im ganzen Ausmaß ihre Wirkung zeigen. Die Empfindungen, die mit der kindlichen, wahrnehmenden und urteilenden Welterfassung (DOHRSEN) bis hin zur Welteroberung einhergehen, waren für die Probanden

positiv gefärbt. Als Kind erschien die Welt ihnen in ihrer Lebendigkeit liebevoll zugetan. Auffällig ist, daß sich die Meinung der Probanden inzwischen grundlegend gewandelt hat. Heutzutage tendieren sie nämlich zu der Auffassung, die Welt sei nicht mehr sehr beglücklich - eher voller Haß und Ablehnung. Diese Meinung wundert nicht, denn die Probanden fühlen sich in ihrer sozialen Umwelt mehr und mehr ausgeschlossen. Sie erleben sich zunehmend am Rande stehend, so als würde das Leben an ihnen vorbeiziehen. Sie beschreiben diesen Zustand als eine innere Leere oder als ein Gefühl innerer Lebloosigkeit, die sich in ihnen breitmacht. Das intakt gemeinte Selbstwertgefühl wandelte sich somit von narzißtischer Wertschätzung zu Gefühlen der Minderwertigkeit und Wertlosigkeit. Interessanterweise erleben sich die unausgelesenen Neurotiker in dieser Frage noch viel wertloser und mehr am Rande stehend, als die Probanden mit Hyperventilationstetanie.

Die Probanden projizieren ihre eigenen Gefühle der Unzulänglichkeiten und ihre Enttäuschungsgefühle auf ihre Mitwelt und nehmen sie in ihren sozialen Bezügen als eine generelle Ablehnung ihrer Person durch die Mitmenschen wahr. Einiges dieser negativen Haltung scheint der Inhalt einer weit unter den Probanden verbreiteten Ressentimenthaltung zu sein. Wegen ihres Mißtrauens meiden sie in der Gegenwart eher den zwischenmenschlichen Kontakt, der ihnen eigentlich von Seiten der sozialen Umwelt angeboten wird. Sie neigen als Erwachsene mehr dazu als in ihrer Kindheit, sich nach innen zurück zu ziehen und sich in der heutigen Zeit gehäuft von ihrer Umwelt abzuwenden und zu verschließen. Sie beginnen mehr und mehr an sich zu zweifeln. Das stumme Sprechen mit sich und über sich nimmt zu. Gefühle von allgemeiner Sinnlosigkeit bezüglich ihrer

Lebensgestaltung drängen sich ihnen auf. Das Nachdenken über die eigenen Probleme wird fast zwanghaft und mit Übereifer betrieben. Diese introvertierte, pessimistische bis hoffnungslose Haltung der Probanden stärkt ihre Bedürfnisse nach dem Leben in der Phantasie. Ihr reales eigenes Kontakterleben hat den Ansatz einer Bedrohlichkeit für sie bekommen. Die angebotenen Fragen nach irrealen Phantasien werden bejaht. Somit erscheint ihnen die Welt konfliktfreier, besonders was das interpersonelle Zusammenleben angeht. Die Zweifel an sich selbst sind nach Angaben der Probanden oftmals quälend und unerträglich für sie. Sie gehen psychologisch gesehen durch ihren Rückzug realen Anforderungen aus dem Wege, um so zu einer einigermaßen emotionalen Entlastung zu gelangen.

Frühe orale Hemmungen zeigen sich jetzt als wachsendes Mißtrauen, im Geiz oder in Gebefreudigkeit der allgemeinen Umwelt gegenüber. Sie vermuten, daß andere darauf aus sind, sie ungerechterweise auszunehmen. Somit sind subparanoische Züge in der Haltung der Probanden zu sehen, weil die Furcht der Menschen mit Hyperventilationstetanie vor "Ausräuberung" durch andere Menschen stetig wiederkehrt, ohne das reale Gründe für dieses Verhalten erkennbar sind ("Man hält krampfhaft fest, was man in sich hat", BECKMANN/RICHTER, 1972). Im besonderen treten Schamgefühle auf, was ihre Bedürfnisse nach Zuneigung und Liebe nicht zur Befriedigung kommen läßt. In dieser Verfassung ist diesen Menschen ein vertrauensvolles und autonomes Handeln im sozialen Feld nur noch dann möglich, wenn sie Menschen begegnen, die ihnen nahe stehen und ihnen ein verhältnismäßig angst-reduziertes Erleben möglich macht. Die Probanden erleben plötzlich die Umwelt als feindlich gesinnt. Sie lassen in diesen Momenten keine Regungen mehr an sich herankommen

und wehren Zugriffe von außen durch Verslossenheit ab, denn sie fürchten die Hilflosigkeit und Ohnmacht der Abwehrlosigkeit, mit der sie gegebenenfalls den anderen Menschen preisgegeben sind, denn sie vermuten ja, daß die Umwelt ihrer Ansicht nach darauf aus ist, sie auszunutzen.

Was ihre Grundstimmung überhaupt betrifft, beschreiben sich die Probanden offenherzig mit einer fundamental depressiven Stimmungslage versehen. In der Phantasie grübeln sie über ihr aufopferndes Leben und über ihre sozialen Probleme. Problemlösungen scheinen ihnen schwer auffindbar zu sein. Es sind immer wieder Selbstvorwürfe, die sich gedanklich in den Vordergrund ihrer Grübeleien schieben. In ihrer Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit können sie keinen Mut mehr fassen. Sie haben das Gefühl, es geht Berg ab. Existenzängste kommen hinzu. Liebe wandelt sich schlagartig in Haß ("...wenn Partner nach Hause kommt, fängt das mit meinem Hals an...") und jede kleinste Anforderung wird zur Überforderung.

Gedanken an den eigenen Tod mischen sich in das Phantasiegeschehen. Wie in der Kindheit, so ist auch heute der eigene Tod ein ständig wiederkehrender Gedankeninhalt bei den Probanden. Auffällig ist, daß sich nicht gerade wenige Probanden den Wunsch haben, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein. Vereinzelt wünschen sich dieses sogar mit einem bereits verstorbenen Angehörigen. Aufgegeben wurden diese Wünsche bis zum heutigen Tage nicht, sie nehmen nach eigenen Angaben eher zu, auch was den geliebten Angehörigen im Jenseits betrifft. Lebhaftes Phantasien, in denen sie an ihrem Leben hängen, bewegte diese Menschen in ihrer Kindheit mehr als vergleichsweise die unausgelesenen Neurotiker.

Daß sie ihr Leben verlieren würden ist zu einem angstbesetztem Gedanken geworden. Generell scheint der Tod als Vorstellungs- und Gedankeninhalt schon zur Kindeszeit eine wesentliche Bedeutung eingenommen zu haben. Aber auch Wiedergeburtspantasien sind einigen Probanden in der Kindheit nicht fremd gewesen. Sie meinen, sie sind bis zum heutigen Tage diese Art von Gedanken nicht los geworden. Unsterblich zu sein, das waren Kindergedanken, so äußern sie sich, wenn sie nach Phantasien solchen Inhaltes gefragt werden. Heute wissen angeblich alle, daß sie sterblich sind. Obwohl in der Kindheit der Tod nicht verleugnet wurde, hat kaum ein Proband als Kind gemeint, daß der Tod eine Erlösung bringen würde, auch dann nicht, wenn das Leben voller Enttäuschungen ist. Das Gefühl, daß es sich lohnt zu leben, hat sie in ihrer gesamten Sozialisation bis zu Beginn ihres Leidens begleitet. Die Probanden bringen zwar weiterhin dem Leben eine positive Einstellung und positive Erwartungen entgegen, denken aber heutzutage zunehmend daran, daß der Tod in einem enttäuschten Leben erlösend sein kann.

Auch die Frage, was die Eltern getan hätten, wenn sie als Kind plötzlich nicht mehr da gewesen wären, beschäftigte die Probanden sowohl im Laufe ihrer Kindheit als auch heutzutage noch. Aber sie waren bereits als Kind unfähig, diese Flucht- und Aggressionsgedanken den Eltern offen nahezubringen. Eher blieben sie sprach- und handlungslos. Sie lernten als Kind früh, mit anderen Menschen immer gut auskommen zu müssen und sich stets aus Konflikten herauszuhalten, was ganz sicher nicht im Widerspruch zu ihren Möglichkeiten stand, sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen, obgleich sie zugeben, daß sie nur gelegentlich zu Auseinandersetzungen bereit waren. Zumindest erscheint die bewußte Konfliktdistanz

taktisch ein Schutz vor den Anforderungen der Umwelt zu sein. Ein friedliebendes und passives Verhalten lag ihnen bereits als Kind näher als eine realitätsorientierte Konfliktbereitschaft. Heute erleben sie sich aber anders, jetzt schätzen sie sich konfliktbereit ein, aber ohne das tugendhafte Ziel der gleichzeitigen Versöhnung oder Schlichtung aus dem Auge zu verlieren. Daß dieses Streben tief in ihren Gefühlen verwurzelt ist, ist nur zu vermuten, denn sie streben auch heutzutage, ohne Mühe zu scheuen, danach, anderen Menschen möglichst alles recht zu machen, und dieses seit ihrer Kindheit. Hilfsbereitschaft und übertriebener Verzicht ist für sie ein ausreichendes Motiv für ihre Leistungen, die sie sich pausenlos abfordern.

Sind die Menschen erst einmal von der gefügigen und teils selbstlosen Haltung der Probanden angetan, verringert sich die Verlustangst der Probanden, denn die akzeptierende Haltung des Sozialpartners wiegt sie in eine einigermaßen soziale Sicherheit und bietet ihnen den Schutz, den sie in der Kindheit vermißten. Ihre Haltung ist oft eine abwartende und zögernde, zumindest was der sichtbare Ausdruck vermittelt, um der auftretenden Kontaktangst und den Unsicherheitsgefühlen entgegen zu wirken. Diese Haltung ist den meisten Probanden zur Verbindlichkeit geworden. Es wird für diese Menschen geradezu zur Pflicht, eine friedfertige bis demütige Haltung einzunehmen, sobald ihnen Ärgerlichkeiten oder "handfeste" Konflikte ins Haus stehen, wobei sie sich dann aber nur noch schwer "im Zaume" halten können. Die unausgelesenen Neurotiker sehen sich nicht so gefügig und beherrscht. Sie reagieren eher wütend, wenn es darauf ankommt. Bei zwischenmenschlichen Ungerechtigkeiten, die den Probanden mit Hyperventilationstetanie in ihrer Kindheit begegnet sind, unterdrückten sie das aufsteigende Gefühl der Wut

und bemühten sich vorbeugend darum, sich in anbahnenden Konfliktsituationen geschickterweise aus der Sache herauszuhalten. Hielten es aber für gerecht und angebracht, daß der Schuldige nicht entkommt und gerecht bestraft wird. Die Probanden meinen, daß sie heutzutage genauso wie damals in diesem Sinne handeln. Es meinen aber auch Probanden, daß sie bereit waren als Kind, fehlerhaftes Verhalten anderer Menschen zu tolerieren. Mit zunehmendem Alter scheint die Bereitschaft zur Toleranz, zumindest was das fehlerhafte Verhalten angeht, zuzunehmen. Tolerant sich selbst gegenüber sind sie nicht. Sie wollen angeblich Hohes erreichen. Dieses Bestreben soll seit ihrer Kindheit bei den meisten Probanden bestehen. Sie haben große Idealvorstellungen von sich und ihren Möglichkeiten. Dieses Streben brauchen sie zur Versöhnung von Über-Ich und Ideal-Ich. Motivational zeigen die Probanden ein ehrgeiziges Streben. Sie bemühen sich durch nicht zu bremsende Leistungen im Beruf, andere zu übertreffen. Sie wollen "fleckelos" und unangreifbar sein und neigen zum Perfektionismus. Diese Probanden schildern, schon als Kind vor gehabt zu haben, unbedingt was aus ihrem Leben zu machen. Obgleich den Antworten unserer Probanden zu entnehmen ist, als hätte dieses Gefühl seinerzeit nicht durchweg vorgeherrscht. Heutzutage zumindest hat tendenziell dieses Bestreben eine durchgängige Bedeutung im Selbsterleben und in der allgemeinen Lebensgestaltung. Es ist nicht zu übersehen, die Probanden haben sich vorgenommen, auch heute noch viel in ihrem Leben zu erreichen (Proband: "Strebe nach einer führenden Position") (Proband: "Bitte um einen neuen Termin, habe so viel zu tun"). Der Arbeitseifer kennt demzufolge bei den Probanden keine Grenzen. Daß sie letztendlich wenig von dem Geplanten in ihrem Leben erreichen, ist wohl mit

darin begründet, daß sie eigentlich zu einer bequemen Lebenshaltung neigen und ihren "moralisch hoch angesiedelten Weg" in der Gesellschaft nicht finden. Sie meinen, daß sie sich großzügig geben und das ihnen "Pfennigfuchseriei" fremd ist. Sie glauben, die Ordnung in ihrer Lebensgestaltung ist für sie eher Nebensache als eine Tugend. Dieses kommt ihrer Ansicht nach bei den Mitmenschen gut an, denn die überwiegende Mehrheit der Probanden ist der Auffassung, daß sie selbst sozial sehr potent sind und sein müssen. Sie glauben, daß sie es einfach haben im geselligen Umgang mit anderen Menschen, eigentlich keine Angst mehr zu verspüren und auf das andere Geschlecht in einer ungestörten Unbefangenheit zugehen zu können. Vertrauen wäre hier sicherlich die Voraussetzung für ihr unbefangenes (taktisches, erwartungsvolles) Handeln. Denn, sobald sie einmal in einem Unterlegenen Vertrauen gefaßt haben, öffnen sie sich und sind bereit, alles zu geben, was ihnen "teuer" ist. Der Wunsch nach intensiver und treuer Anbindung wird gespeist aus dem Verlangen nach Schutz und Behütung, wie sie Kinder in ihrer ontogenetischen Entwicklung nötig haben. Ihre emotionale Labilität auf dem schmalen Grad der Widerspruchshaltungen disponiert sie für Versuchungs- und Versagungserlebnisse, denn die Möglichkeiten einer störungsfreien zwischenmenschlichen Verarbeitung und Entscheidung fehlt ihnen deshalb, weil sie ihre Widersprüche nicht sehen und erleben.

Wenn die Probanden meinen, ihre zögernde, zweifelnde Haltung trübe nicht im geringsten das Vertrauen, das sie ihren Mitmenschen entgegenbringen, so wird dieses eher ein Bedürfnis sein als eine reale Gegebenheit. Diese Menschen sind davon überzeugt, daß sie den Mitmenschen emotional sehr nahe sind, wofür sie aber uneingeschränkte Zuwendung von ihren Sozialpartnern fordern. Sie geben

in diesen Momenten sozialer Nähe einiges von sich - um vieles zurückzubekommen. Es entsteht bei ihnen das Verlangen, die Entfernung zum Partner zu überwinden und aufzuheben. Da diese Probanden auf der Stufe früh-kindlichen aggressiven Antriebserlebens zu keiner realen Einschätzung ihrer Möglichkeiten und Grenzen gelangt sind, schießen sie bei Gelegenheit unkontrolliert und eigensinnig in ihren Ansprüchen über ein angemessenes Ziel hinaus. Rechthaberei und impulsive Durchbrüche betreten die soziale Bühne. Mit ihrem Streben nach Führung und Bestimmung anderer Menschen versuchen sie Veränderungen, die aus der sozialen Umwelt kommen könnten und als Forderung an sie erlebt werden, von sich fernzuhalten, indem sie die Leitung übernehmen wollen. Nach dem Motto "Ich traue mich nur, wenn ich drüber stehe" (Proband). Denn jede Veränderung fordert eine aktive Auseinandersetzung, die unsere Probanden ja aus Verlustängsten und neurotischen Schuldgefühlen heraus unbedingt vermeiden müssen. Diese Menschen brauchen ihre Mitmenschen, um ihre depressiven Stimmungen und ihre innere Leere zu kompensieren. Die Mitwelt reagiert auf das unbedachte, regide Verlangen, das durchbruchartig zum Ausdruck kommt, mit erheblichem Widerstand und mit deutlicher Ablehnung. Die Probanden fühlen sich in solchen Situationen zwangsläufig gekränkt. Sie werden dann geradezu zum Rückzug aufgefordert und geben dann ein gefügiges und friedliebendes Bild von sich. Mit viel Mühe geben sie sich sozial angepaßt und präsentieren sich in einer untergeordneten Rolle. So sieht sich die eine Hälfte der untersuchten Probanden. Die andere, größere Hälfte meint, im Dominanzstreben ungeduldig und eigensinnig zu sein. Wir meinen, die Probanden dieser Gruppe beobachten und beschreiben in ihren Aussagen ihre aggressiv-gehemmten Durchbrüche. Unseres Erachtens erleben diese Probanden

sich immer nur kurzfristig in dieser Weise so. Haben sie erst einmal ihre Fassung wiedergewonnen, dann spielen sie geschminkt mit der Maske eines friedliebenden Menschen ihre angepaßte soziale Rolle weiter.

Diese Betrachtungen scheinen das Ergebnis widerzuspiegeln, daß sich die Probanden eher in einer von der Mitwelt nicht wünschenswerten und akzeptablen Darbietung präsentieren. Natürlich fühlen sie sich in dieser nicht selbst auferlegten, durch psycho-soziale Umstände mitgeschriebenen Rolle unwohl. Wünsche nach Anerkennung und Gerechtigkeit und Bedürfnisse, welche die Probanden nicht in befriedigender Form "stillen" können, verweilen im Dunkel der Gefühlswelt und warten auf ihre Chance in einer sich bietenden Versuchungs- und Versagungssituation, in denen sie dann zutage treten.

Mit ihrem derzeitigen Lebenspartner möchte die Mehrheit der Probanden zusammenbleiben. Dabei spielt es für sie keine Rolle, ob sie einen Partner mit ausgesprochen schlechten Seiten gefunden haben. Jeder zweite Proband meint, mit einem so negativ strukturierten Partner zusammen zu leben. Sie wünschen sich nicht mehr Partner-nähe als die unausgelesenen Neurotiker auch. Totale Anlehnungswünsche sind selten anzutreffen (Proband: "...ein Tag ohne ihn, ist für mich eine Strafe...").

Die Auswertung der Fremdbeurteilungen (GT/F und GT/F Therapeut) zeigt dem Betrachter, daß die Probanden mit Hyperventilationstetanie in ihren psycho-sozialen Bezügen von ihrem sozialen Umfeld so erlebt und beurteilt werden, wie die Probanden sich selbst beschrieben haben. Die Introspektionsfähigkeit, d. h. die bewußte Wahrnehmung der eigenen Person, der Verhaltenssteuerung, der kognitiven und emotionalen Befindlichkeiten und Möglichkeiten, ist demnach unverzerrt. Sie werden so gesehen, wie sie sich selbst sehen, was aber nicht ausschließt, daß sowohl die

Selbstbeurteilung als auch die Fremdbeurteilung durch den Sozialpartner Wunschbilder (Ideal-Selbst einerseits, Ideal-Partner-Bild andererseits) sind. Dieses zu überprüfen wäre eine Anregung für eine andere Untersuchung.

Die analytisch tätigen Psychotherapeuten sind, was die psycho-sozialen Bereiche Dominanzstreben/Gefügigkeit, Unterkontrolliert/Zwanghaft, Durchlässigkeit/Retentivität und sozialer Potenz/Impotenz angeht, in ihren Einfühlungsbildern abweichend von den Selbstbildern und Fremdbildern der Probanden. Die Therapeuten sind erwartungsgemäß geschult, die Abwehrmechanismen der Probanden zu berücksichtigen und die Besonderheiten des intrapsychischen Geschehens in ihren Beurteilungen mit einzubeziehen. In der Fähigkeit zur Empathie liegt u. E. der Grund für die teilweise andere Meinung der Psychotherapeuten als die o. diskutierten Selbst- und Fremdbeurteilungen.

Dadurch wird es verständlich, daß die Therapeuten die Probanden für weitaus dominanter halten im Vergleich zum Selbst- und Fremdbild. Dominanter in der Hinsicht, daß das Streben nach Dominanz in den sozialen Bezügen von der Intention her gesehen sehr groß sein muß, aber das Handeln dagegen eher einen gefügigen Charakter bekommt.

Deuten wir zusammenfassend alle Aussagen, so würde der uneingeschränkte Wunsch nach Führung und Lenkung anderer Menschen ja im Widerspruch zur Abhängigkeit dieser Menschen von seinen Mitmenschen stehen. Sie brauchen die anderen Menschen vielmehr zur Befriedigung ihrer oral-kaptativen Bedürfnisse, die sehr groß zu sein scheinen. Draufzugehen und mit Recht ihre Bedürfnisse und Wünsche in angemessener Weise durchsetzen, können unsere Probanden nicht, denn die Angst, die Menschen

von denen sie abhängig sind zu verlieren, ist eine drückende Last für sie. Aggressivität und innerer Konfliktdruck werden nur impulsiv sichtbar; erlebt wird diese Impulsivität als Durchbruch. Die Probanden wollen sich in diesen Situationen ohne Gewinn emotional abreagieren. Die drängende Aggression bricht durch die gefügte Haltung, durch das ständig wachsame Streben nach Konfliktvermeidung. Im Erleben der Probanden scheint nunmehr der Augenblick gekommen zu sein, in dem keine Vermeidung der andrängenden Aggressivität mehr möglich zu sein scheint.

Sie geraten in ihren sozialen Bezügen in eine Versuchs- und Versagungssituation, die ihr vorab bereits geschwächtes Selbstwertgefühl zunichte macht. Die Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner sind mehrheitlich die Auslösesituation für den ersten hyperventilatorischen Tetanieanfall. Vorwürfe und Demütigungen seitens des Partners, belastende Ereignisse in der Mutter-Kind-Beziehung, Enttäuschungen und Existenzkrisen im Berufsleben oder gesehene bzw. gehörte Ereignisse, in denen der Tod eine Rolle spielt, sind immer wiederkehrende Anlässe, die einen Anfall hervorrufen können.

Wiederbelebt werden in solchen Situationen frühkindliche oral-kaptative, anal-retentive und aggressiv-ödische Gefühlsdispositionen der prämorbid Neurosenstruktur. Affekte werden sichtbar, die bislang durch eine depressiv-zwangsneurotische Neurosen- und Abwehrstruktur am ganzheitlichen Durchbruch verhindert wurden. Jahre- bis jahrzehntelang aufgestaute teilweise unbewußte Wut, zermürbender Haß und Mißgunstimpulse suchen unmittelbar und in einer impulsiven Handlung an sich ihr Primärobjekt, da es aber nicht zur Verfügung steht, geschieht der Durchbruch am Ersatzobjekt, was in den meisten Fällen der Lebenspartner ist.

Die Überlegung, daß es sich in diesem Geschehen um Rache für alles ungerecht angetane in der Kindheit und Folgezeit geht, bringt der Ausdruck des Geschehens nahe. Hier verlangt Gewesenes seinen Tribut. Der Proband will nach endgültiger Autonomie, Achtung, Gerechtigkeit und Anerkennung greifen; will es fordernd von seinem Objekt nehmen und es für alle Ressentiments strafen.

Aber auch der Gedanke, daß es sich im Anfallsbild um das Motiv des Zugreifens und der Anklammerung an das gewünschte (Liebes)objekt handeln kann, scheint uns nicht abwegig. Das Antagonistische des Destruktiven und des Liebenden als gleichzeitiger Impuls scheint unlösbar zu sein. Das Ich dieser Menschen erlebt den Konflikt des Widerspruchs zwischen ungehemmter Aggression, Schuldgefühlen und Angst vor Verlust des Liebesobjektes und kann ihn nur im Anfall überwinden. Der tätliche Angriff muß unter allen Umständen vermieden werden. Schuldgefühle zwingen zur Selbststrafung, die im motorischen Bereich geschieht. Hände, Füße und Mund, also jene Körperteile des Menschen, die zur tätlichen aggressiven Auseinandersetzung eingesetzt werden könnten, erfahren durch die erhöhte Tonisierung Schmerzhaftigkeit (Krampi). Es ist zu vermuten, daß die aus der Mittellage geratene Erregung für diese erhöhte Reizbarkeit bzw. herabgesetzte Reizschwelle sorgt. Zu einer ausgereiften Aggressivität und damit zu einer anderen Form der Auseinandersetzung fehlen unseren Probanden die Möglichkeiten. Die neurotische Haltung von Friedfertigkeit und erneuter Pflichterfüllung kann nach Beendigung des Anfalles wieder angenommen werden.

Mit dem Hinweis, daß die Probanden dazu neigen, ihr Leben mehr zwanghaft zu gestalten, als sie es selbst meinen, haben die zu beurteilenden Therapeuten den Eindruck

gewonnen, daß diese Menschen einer starken Über-Ich Kontrolle ausgesetzt sind, die sich schon in der frühen Kindheit gebildet haben müßte. Ihr Eifer sei kaum zu bremsen (Proband: "Wenn ich das Gefühl habe, ich werde gebraucht und stehe im Mittelpunkt, dann kann ich bis zur Überforderung leisten"). Die Probanden geben sich nach Meinung der Therapeuten überkontrolliert. In Mimik und Gestik wirken sie "sparsam". Sie schaffen sich eine innere Ordnung, die sie außen ebenfalls nicht vermissen möchten. Es muß alles im Leben seinen geregelten und gerechten Gang gehen (Proband: "Ich wurde bei der Beförderung ungerechterweise übergangen"). Sind diese Menschen mal überschwenglich freizügig mit ihrem Geld oder mit ihren Gefühlen anderen Menschen gegenüber, so erleben sie dieses gleich als eine ausgelassene Grundeinstellung dem Leben gegenüber.

Während die Probanden sich selbst im Lichte sozialer Potenz sehen, was von dem Sozialpartner bestätigt wird, sehen die Psychotherapeuten die Probanden im Normalbereich angesiedelt, wobei eine leichte Tendenz in Richtung sozialer Impotenz sich anzeigt. Die Therapeuten trauen den Probanden nicht so viel Selbstvertrauen zu, wie die Probanden selbst glauben an Selbstvertrauen zu haben. Hemmungen aus dem ödipal-genitalen Bereich wirken hier im wesentlichen nach. Die Therapeuten meinen, diese Menschen lassen sich eher auf keine konkurrierende Auseinandersetzung mit dem Gleichgeschlecht ein. Wenngleich sie die Probanden im Kontakt mit dem anderen Geschlecht passiv und befangen ansehen, sind sie anfällig für narzißtische Kränkungen auf phallischer Ebene.

Schlußfolgerungen

Anknüpfend an unsere Hypothesen haben wir auf der Grundlage unserer Untersuchungsergebnisse keinen Hinweis auf eine tetaniespezifische, neurotische Abwehrstruktur finden können. Es bestätigt sich aber, daß der Erlebnisbereich Aggressivität von primärer Bedeutung in der Abwehrstruktur und Neurosenstruktur der Probanden mit Hyperventilationstetanie ist. Wir gehen davon aus, daß das Gesamtbild unserer Untersuchung auf eine Neurosen-Mischstruktur mit depressiv-zwanghaften und hysterischen Anteilen hinweist.

Eine psychische Disposition zur Suizidalität trifft nicht generell auf jeden Probanden mit Hyperventilationstetanie zu. Die unausgelesenen Neurotiker hatten im Gegensatz zu den Probanden mit Hyperventilationstetanie im Verhältnis 16 zu 11 Suizidgedanken geäußert und 2 Probanden hatten Suizidversuche unternommen. Auf direktes Befragen hin, haben in 4 Fällen die Probanden mit Hyperventilationstetanie Suizidversuche zugegeben. Die frühkindliche Sozialisation ist ontogenetisch betrachtet zu uneinheitlich in den Voraussetzungen zur Disposition, wie wir sie mit SCHULTZ-HENCKE, RINGEL und HENSELER formuliert haben. Wir finden in den einzelnen Entwicklungsphasen der Probanden eine Menge Merkmale für hemmende, einengende und das Selbstwertgefühl störende Einflüsse sowie Gedanken und Phantasien, die sich um den Tod drehen mit einer durchgängig selbstzerstörerischen Lebensgestaltung (zum Beispiel die selbstdestruktive Pflichterfüllung und sonstige strenge Forderungen an sich selbst), meinen aber, daß diese Daten über Haltungen nicht signifikant sind für eine generalisierte Aussage: Menschen mit Hyperventilationstetanie sind in jedem Fall suizidal disponiert

oder neigen zu suizidalen Krisen. Daß BACH in allen seinen analysierten Fällen Suizidversuche antraf, scheint u. E. eher zufällig als gesetzmäßig zu sein.

BACHs Hinweis, daß die Eltern unserer Probanden sich generell in einer "aktiven Feindseligkeit" gegenüberstehen bzw. zur Zeit der Kindheit unserer Probanden gegenüberstanden, können wir bestätigen. Wir haben Aussagen in diese Richtung den Anamnesen der Probanden mit Hyperventilationstetanie entnehmen können. Während wir in allen Genesen der Probanden mit Hyperventilationstetanie grobe Tötlichkeiten unter den Eltern mit Übergriffen auf unsere Probanden registrieren konnten, scheint diese Form der Auseinandersetzung bei der Gruppe der unausgelesenen Neurotiker nur in annähernd jeder zweiten Familie eine Rolle zu spielen. Die Probanden mit Hyperventilationstetanie gehen heute Beziehungen ein, die oftmals ein Spiegelbild der Elternbeziehungen andeuten. Jähzornige Durchbrüche, Alkoholmißbrauch, Kindesabteibungswünsche in 6 Fällen, Vergewaltigung oder auch offene Aggression wie der Schwester eine Gabel in den Arm gestochen oder im Traum die Großmutter erstochen sind deutliche Merkmale pathogener Aggressivität bei unseren Probanden. In 7 Fällen wurden Mordimpulse, die sich in früherer Zeit gegen den Vater richteten oder heutzutage gegen den Ehepartner gerichtet sind, offen ausgesprochen; bei den unausgelesenen Neurotikern ließen sich in keinem der Fälle offene Mordimpulse festhalten. Ob - wie BACH meint - Tötungswünsche oder Tötungsimpulse angeblich jedem ersten hyperventilatorischen Tetanieanfall unmittelbar vorausgehen, können wir empirisch mit unseren Methoden nicht belegen. Sicherlich wird auch in Zukunft dieser Nachweis von der tiefer eindringenden analytischen Methode zu erwarten sein, indem aufgedeckte Hinweise und Angaben der Patienten in den Analysen von den Therapeuten festgehalten und gesammelt werden.

Die Aussagen der Probanden mit Hyperventilationstetanie zu den vorgelegten Handmotiven geben uns keinen Hinweis auf wesentliche Projektionsinhalte hinsichtlich der subjektiv erlebaren Motivation innerhalb des Anfallgeschehens, was uns dazu veranlaßte, nicht näher auf diesen Untersuchungsteil einzugehen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie befaßt sich mit der psychosozialen Dynamik der Hyperventilationstetanie. Im ersten Teil wird ein Überblick zur wissenschaftlichen und klinisch-praktischen Erforschung der Tetanie seit der Jahrhundertwende aufgezeigt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Ätiologie, Diagnose, Pathogenese und Therapiearten der einzelnen Tetanieformen.

Die Hyperventilationstetanie, der ein eigenes Kapitel gewidmet ist, erhält eine ausführliche Darstellung. Im einzelnen wird Stellung genommen zu den Fragen der möglichen Ursachen, die zum Anfall führen können. Ebenso zu den Fragen der Verlaufsform der muskulären Verkrampfung und welche Regionen des menschlichen Körpers beteiligt bzw. betroffen sind. Berücksichtigung findet der besondere Aspekt der Hyperventilation und deren Therapie durch "Tütenatmung". Mit dem Hinweis, daß die Hyperventilationstetanie ätiologisch eine psychosoziale Bedingtheit aufweist, gibt der Verfasser das gegenwärtige Ergebnis einer über lange Zeit geführten Kontroverse zwischen naturwissenschaftlich, phänomenologisch orientierten Klinikern und psychoanalytisch-verstehend arbeitenden Klinikern und Psychotherapeuten wieder. Die psycho-soziale Dynamik der Hyperventilationstetanie wird an einer Kasuistik aus der psychoanalytischen Arbeit des Psychotherapeuten ARGELANDER ausführlich demonstriert. Die Erfahrungen und tiefenpsychologischen Ergebnisse von BACH schließen sich an und leiten über zur Hypothesenbildung der vorliegenden empirischen Untersuchung.

Die folgenden drei Hypothesen werden im Rahmen dieser empirischen Studie überprüft:

1. Patienten mit manifester Hyperventilationstetanie haben im Vergleich zu anderen Neuroseformen eine spezifisch neurotische Abwehrstruktur, bei der im wesentlichen die Aggressionshemmung im sozialen Beziehungsfeld eine Rolle spielt.
2. Alle Patienten mit manifester Hyperventilationstetanie sind Persönlichkeiten mit hochwertiger Neigung zur Suizidalität, für die in der frühkindlichen Sozialisation die psychische Disposition zu einer derartigen Entwicklung nachzuweisen ist.
3. Die Art der muskulären Verkrampfung der oberen Extremitäten (Pfötchenstellung) steht ausdruckspsychologisch in keinem vom Patienten erlebten Sinnzusammenhang mit der Motivation des Anfalles.

Die empirische Untersuchung erfolgt in zwei Stichproben. Stichprobe I untersucht 20 Probanden mit Hyperventilationstetanie; Stichprobe II setzt sich aus unausgelesenen Neurotikern zusammen und bildet mit 21 Probanden die Kontrollgruppe. Für die Datensammlung werden psychologische Fragebögen eingesetzt, die durch einen Projektionstest und durch 13 direkt an den Probanden gestellte Fragen ergänzt werden. Der Verfasser dieser Studie entwickelt einen eigenen Fragebogen, der auf den wissenschaftlichen Ansätzen von SCHULTZ-HENCKE, RINGEL und HENSELER konzipiert ist und die suizidale Disposition weitgehend beurteilen soll. Als zweiter Fragebogen wird der GIEßEN-Test von RICHTER/BECKMANN eingesetzt und eine projektive Foto-Hand-Serie wird zur Überprüfung der 3. Hypothese vorgelegt. Über eine Selbst- und Fremdbeurteilung sowohl der Probanden mit Hyperventilationstetanie als auch der unausgelesenen Neurotiker wird Datenmaterial zum Thema gesammelt und operationalisiert ausgewertet. Neben der Selbstbeurteilung werden zwei Fremdbeurteilungen der Probanden bearbeitet. Eine Fremdbeurteilung durch einen Sozialpartner des untersuchten Probanden (Ehepartner, Lebenspartner, Freund...) und eine weitere durch den Psychotherapeuten, der die

Erstinterviews der Probanden zu verantworten hat. Bei der Kontrollgruppe wird auf die Fremdbeurteilung durch den Therapeuten verzichtet.

In der Diskussion zur psycho-sozialen Dynamik stellt sich heraus, daß die Probanden mit Hyperventilationstetanie sich selbst so sehen bzw. ihr Verhalten in ihren sozialen Bezügen und ihr "inneres" Erleben so wahrnehmen, wie sie von ihren Sozialpartnern gesehen und erlebt werden. Die Fremdbeurteilungen durch die Psychotherapeuten weichen in den Bereichen: Dominanzstreben/Gefügigkeit, Unterkontrolliertheit/Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit/Retentivität und sozialer Potenz/Impotenz im Profil von den Selbst- und ersten Fremdbeurteilungen ab. Der Autor begründet inhaltlich diese Abweichung, indem er auf die besondere Schulung und Empathie der Psychotherapeuten hinweist.

Das Ergebnis der Untersuchung bestätigt nicht die hypothetische Annahme einer spezifischen Neurosenstruktur. Vielmehr wird der Hinweis gegeben, daß die Probanden mit Hyperventilationstetanie eine depressiv-zwangsneurotische Struktur mit hysterischen Akzenten aufweisen. Im Bereich der Abwehrstruktur bestätigt sich die Hypothese, daß die Aggressionshemmung im Vergleich zu anderen Abwehrstrukturen eine primäre Rolle einnimmt.

Die Annahme einer generellen suizidalen Disposition der Probanden mit Hyperventilationstetanie hat sich nicht bewiesen. Gehäufte Anzeichen, die in eine suizidale Richtung zeigen, lassen sich feststellen und dahingehend interpretieren, daß diese Menschen zu auto-aggressiven Problemlösungen neigen. Offene Aggression und tätliche Auseinandersetzungen scheinen in den Familien unserer Probanden häufiger anzutreffen zu sein,

als in den Familien der Probanden ohne hyperventilatorischen Anfällen.

Die Foto-Hand-Serie hat keinen Aufschluß über einen eventuellen ausdruckspsychologischen Zusammenhang zwischen der tetanisch-muskulären Verkrampfung und der subjektiv erlebbaren Motivation im Anfallsgeschehen geben können.

Kasuistik eines Sonderfalles

Nach Beendigung der 1 1/2-stündigen psychologischen Untersuchung berichtet der Proband PM spontan über eine erlebte Situation, in der er selbst bei sich einen hyperventilatorischen Anfall provoziert habe. Der Proband gibt an, daß es sich hier um ein für ihn einmaliges Ereignis gehandelt habe. Er bemerkt, daß weder vor diesem Ereignis noch im Anschluß daran eine bewußt herbeigeführte Hyperventilationstetanie für ihn als eine Art "Konfliktlösung" noch einmal in Frage gekommen sei.

Wir wollen diesen besonderen Fall hier schildern, zumal uns der Mechanismus, d. h. der gezielte Einsatz der Hyperventilation als ein Ich-gesteuertes Mittel zur Bewältigung eines Konfliktes im Grunde genommen atypisch in seinen Merkmalen zu sein scheint und sich prinzipiell in seiner Psychodynamik von den von uns untersuchten Fällen abhebt.

PM: Bei dem 37-jährigen Industriekaufmann, jetzt Student der Germanistik, Kunstgeschichte und Theaterwissenschaften, traten die ersten hyperventilatorisch-tetanischen Anfälle im Jahre 1966 auf. Damals führte eine körperliche und psychische "Überforderung" im Zusammenhang mit einer Nachricht bezüglich einer unfallbedingten Operation der Mutter zum ersten Anfall, der sich an seiner Arbeitsstelle ereignete.

Proband ist als uneheliches Kind einer geschiedenen Mutter in den ersten Lebensjahren in Heimen und bei Verwandten aufgewachsen. 6-jährig kam er zur Mutter. Vater verstarb als Proband 12 Jahre alt war. Proband entwickelte der Mutter gegenüber eine ambivalente, durch Idealisierung aggressionsabwehrende Haltung, wobei sexuelle Wünsche in Richtung Mutter unterdrückt werden mußten. Mutter scheint für den Probanden primär mitentscheidend gewesen zu sein für die ausgeprägten bisexuellen und heutigen homosexuellen Strebungen.

Bis 1972 - Proband besuchte damals die Abendschule zur Erlangung der Mittleren Reife - hatte er nach eigenen Angaben 5 bis 7 Anfälle seit 1966 gehabt. Proband stand in dem Jahr unmittelbar vor der Aufgabe, eine Mathematik-klausur zu schreiben. Mathematik lag ihm angeblich nicht; trotz intensiven Studiums blieb sie ihm weitgehend unverständlich. Er fühlte sich, sobald er sich mit Lehrstoff dieser Art zu beschäftigen hatte, wie blockiert. Er empfand eine regelrechte Abwehr mit stark unlustbetonten Momenten

als der Tag kam, an dem die Klausur anstand. Proband erlebte die Anfangsphase der Prüfungssituation als für ihn noch überschaubar und kontrollierbar. Es war ihm möglich, die ersten gestellten Aufgaben zu lösen. Plötzlich nahm er eine innere Anspannung wahr, die er darauf zurückführte, daß er sich sagte, die Aufgaben schaffst du alle nicht in der vorgegebenen Zeit. Es machte ihn ganz "kopflös". Er überlegte zirka eine halbe Stunde, wie er sich am besten dieser Situation entziehen könnte. Dabei fühlte er, wie in ihm Panikstimmung aufkam. Unruhe und Mangel an Konzentration begrenzten seinen Einfallsreichtum. Er erlebte diesen Zustand als ein Gefühl, weit weg zu sein.

Wie aus heiterem Himmel, kam ihm in jenem Augenblick der Verzweiflung der Gedanke an Tetanie. Sie erschien ihm geradezu als eine Rettung aus diesem Konflikt. Er dachte noch, daß die wenigen Aufgaben, die er gelöst hatte, ja für eine ausreichende Note reichen könnten. Proband konzentrierte sich von nun an nur noch auf die Herbeiführung des Anfalles und begann bewußt und gezielt tief und beschleunigt zu atmen. Als die ersten Parästhesien an den Händen spürbar wurden, stürzte er luftschnappend zum Fenster (hysterischer Anteil?).

Ein Arzt wurde nicht hinzugezogen, da eine schwerwiegende muskuläre Verkrampfung nicht auftrat. Aufsichtsperson und Mitschüler halfen ihm, sich hinzulegen und sich zu entspannen. Während er lag, dachte er beiläufig daran, daß er auf diese Art dem "unsympathischen" Lehrer ein "Schnippchen geschlagen" habe. Die entstandene Unruhe durch die Unterbrechung der Prüfungssituation wurde von den Mitschülern für einen regen Informationsaustausch untereinander genutzt (Opferbereitschaft?).

Zur Überraschung des Probanden fiel seine Klausur mangelhaft aus. Die Möglichkeit einer Nacharbeit war nicht gegeben. Proband fühlte sich ungerecht behandelt.

Ihm wurde in der Folgezeit, nachdem er mit zeitlichem Abstand dieses Ereignis betrachten konnte, klar, daß er hier mit dem Mechanismus eines hyperventilatorischen Anfalles bewußt eine zwar sozial akzeptable Lösung im Sinne des Krankheitsgewinnes angestrebt hatte, die ihm aber von der Mitwelt verwehrt blieb.

Proband begann sich nun vor sich selbst zu schämen, er war peinlich berührt und konnte schuldbewußt diese Art und Weise der Lösung vor sich selbst nicht mehr bestehen lassen.

Literaturverzeichnis

- Affemann, R.: Das Über-Ich bei Freud
Psyche IX, 3, 190
- Alexander, F.: Psychosomatische Medizin
De Gruyter, Berlin 1951
- Améry, J.: Hand an sich legen
Edition Alpha, Klett Verlag
- Argelander, H.: Die psychologische Motivation eines tetanischen
Syndroms
Ztschr. f. psychosom. Medizin 3 (1956/57) 129
- Arlow, J. A.: Konflikt, Regression und Symptombildung
Psyche XVII, 1, 23
- Bach, H.: Über die Mißtrauenshaltung depressiver Erkrankter
Ztschr. f. psychosom. Medizin 4, H. 1, 1957
- Bach, H.: Förderung und Behinderung der natürlichen Reifungs-
tendenzen des Menschen
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie
14, H. 2, 1965
- Bach, H.: Behandlungsergebnisse und besondere Schwierigkeiten
bei der analytischen Psychotherapie eines
psychosomatischen Krankheitsbildes (Tetanie)
Ztschr. f. psychosom. Medizin und Psychoanalyse
14, 3, 1968
- Bach, H.: Auslösung und Erscheinungsbild reaktiver (neurotischer,
Depression
Dtsch. Med. Journal 10, 2, 60, 1969
- Bach, H.: Thesen zur menschlichen Aggressivität aus der Sicht
der Tiefenpsychologie
in: Aggression und Gesellschaft
6. Stipendiatentagung des Mann-Fonds, Bonn 1971
- Bach, H.: Aggression
in: Psychologie für Nichtpsychologen
Hrsg. Schultz, Kreuzverlag 1974
- Bach, H.: Tetanie und sogenannte latente Tetanie
Die Berliner Ärztekammer 1, 13, 1976
- Bach, H.: Selbstliebe
Praxis der Psychotherapie 21, 6, 249, 1976

- Bach, H.: Diskussionspapier zur Einführung in die Psychoanalyse am Beispiel der Entstehung der Neurosenstrukturen, 1972
- Bach, H.: Das Problem der Psychogenese bei Tetanie
Vortragspapier 1976
- Bach, H.: Konflikte als Körpersymptome
Görres, A.: Selecta 20, 1977
Jores, A.:
Schepank, H.:
Zander, W.:
Hahn, P.:
- Bahner, F.: Tetanische Anfälle
Med. Welt 26, Heft 17 (1975)
- Balint, A.: Liebe zur Mutter und Mutterliebe
Psyche XVI, 9, 481
- Balint, M.: Über Liebe und Haß
Psyche VI, 1, 19
- Balint, M.: Die drei seelischen Bereiche
Psyche XI, 6, 321
- Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression
Klett Verlag 1970
- Baumann, P.: Ambulante Untersuchung und Behandlung von tetanoid
Fonyody, L.: gefärbten, vegetativen Dystonien
Simko, A.: Medizinische 1958, 1834
- Becker, A. M.: Zur Gliederung des Überichs
Psyche X, 1-3, 93
- Becker, A. M.: Kindheit, Gesellschaft und Identität
Psyche XI, 8, 821
- Beckmann, D.: Gießen Test (GT)
Richter, H.-E.: Huber Verlag 1975
- Beckmann, D.: Erfahrungen mit dem Gießen Test (GT)
Richter, H.-E.: Huber Verlag 1979
- Behrendt, H.: Über die Angriffspunkte der tetanigenen Reize.
Freudenberg, E.: Beobachtungen bei der Atmungstetanie
Klinische Wochenschrift 19, 1923, 866
- Behrenhoff, K.: Zur Klinik der normokalzämischen Tetanie
Ärztliche Praxis 36, 1965, 1779

- Beumer, H.:
Hardonk, H.: Symptomatik und Behandlung des Hyperventilations-
syndroms
Münchener Med. Wochenschrift 39, 1971, 1255
- Bleuler, M.: Endokrinologische Psychiatrie
Thieme Verlag 1954
- Bonaparte, M.: Vitalismus und Psychosomatik
Psyche XIV, 8, 821
- Bondy, C.: Beziehungen zwischen Gesellschaftsgefüge und
Neurose
Psyche IX, 2, 81
- Boor, C. de: Zur Frage der psychosomatischen Spezifität unter
besonderer Berücksichtigung des Asthma bronchiale
Psyche XV, 8, 801
- Boor, C. de: Strukturunterschiede unbewußter Phantasien bei
Neurosen und psychosomatischen Krankheiten
Psyche XVIII, 11, 664
- Boos, M.: Psychosomatische Medizin
Huber Verlag 1954
- Bowlby, J.: Die Trennungsangst
Psyche XV, 7, 411
- Bowlby, J.: Ethologisches zur Entwicklung der Objektbeziehungen
Psyche XV, 9, 508
- Bräutigam, W.: Über die psychosomatische Spezifität des Asthma
bronchiale
Psyche VIII, 9, 508
- Bräutigam, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien
Thieme Verlag 1968
- Bräutigam, W.: Psychosomatische Medizin
Christian, P.: Thieme Verlag 1973
- Buchs, S.: Hyperventilationssyndrom bei iatrogener Herz-
krankheit
Ann. paediat. 195, 1960, 88
- Bürger, M.: Innere Sekretion
Seidel, K.: Münchener Medizinische Wochenschrift 1954, 301
- Christian, P.: Die Atembewegung als Verhaltensweise
Nervenarzt 28, 1957

- Christian, P.: Das nervöse Atmungssyndrom bei Vegetativ-Labilen
 Mohr, P.: Dtsch. Arch. klin. Med. 201, 1955, 702
 Ulmer, W.:
- Christian, P.: Zur Phänomenologie der abnormen Atmung beim
 sog. "Nervösen Atmungssyndrom"
 Der Nervenarzt 5, 26. Jahrgang
- Clauser, G.: Die Bedeutung des Atemtyps für die differential-
 diagnostische Trennung einiger interner Krankheits-
 bilder von den entsprechenden sogenannten Organ-
 neurosen
 Med. Klinik 13, 1951, 402
- Cremerius, J.: Zur Frage der nosologischen Einordnung funktioneller
 Syndrome
 Med. Welt, 1968, 689
- Curschmann, H.: Über neurotische Atmungstetanie
 Klinische Wochenschrift 32, 1922, 1607
- Curschmann, H.: Über einige ungewöhnliche Ursachen und Syndrome der
 Tetanie der Erwachsenen nebst Vorschlägen zu ihrer
 Behandlung
 Dtsch. med. Wochenschrift 19, 1909, 826
- Curschmann, H.: Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen bei Hysterie
 Dtsch. Z. Nervenheilk. 27 (1904) a, 238
- Dahlmann, W.: Chronischer sekundärer Hypoparathyreoidismus mit
 Prill, A.: partiell reversiblen organischem Psychosyndrom
 Z. Neurol. 206, 1974
- Davis, L. A.: Tetanus and Psychiatry
 Med. J. Aust. 24, 1979, 199
- Delius, L.: Psychovegetative Syndrome
 Thieme Verlag 1966
- Dietsch, P.: Methodische Möglichkeiten einer psychologischen
 König, R.: Charakterisierung von Kranken und einem gemeinsamen
 Weimann, G.: funktionellen Syndrom (aufgezeigt an Patienten mit
 einem Hyperventilationssyndrom)
 Verh. dtsch. Ges. inn. Med. (73 Kongreß) 1967, 720
- Dölle, W.: Hyperventilation und Hyperventilationssyndrom
 Med. Klinik 59, 1964, 17
- Drunkenmölle, C.: Neurosenpsychologische Untersuchungen bei Hyper-
 ventilationstetanie
 Ztschr. ärztl. Fortbildung 67, 1973, 33

- Durlach, J.: Magnesium in normocalcemic Tetany
Neurology (Minneapolis), 27 12, 1978, 1181
- Eidelberg, L.: Über die innere und die äußere narzißtische
Kränkung
Psyche XI, 11, 672
- Engelhardt, K.: Zur Klinik psychovegetativer Syndrome
Strothmann, G.: Med. Klinik 66, 1971, 41
- Englert, W.: Das idiopathisch tetanische Syndrom in der Praxis
Schlich, D.: Med. Klinik 72, 1977, 1927 - 1930 (Nr. 45)
- Eppel, H.: Über Identifizierung
Psyche XIX, 9, 516
- Erfmann, I.: Beitrag zur Erhellung biographischer Auslöse-
situationen
Psyche XVII, 10, 621
- Escherich, Th.: Die Tetanie bei Kinder
Wien 1909
- Essen, K. W.: Der derzeitige Stand des Tetanieproblems in der
inneren Medizin
Fortschr. Med. 23, 1955, 382
- Essen, K. W.: Wandlungen in der Auffassung vom Wesen der Tetanie
Dtsch. med. Wschr. 78, 1953, 402
- Essen, K. W.: Larvierte Tetanie
Med. Klinik, 11/12, 1948, 317
- Essen, K. W.: Über das Tetaniesyndrom und seine Beeinflussung durch
psychische Vorgänge
Med. Klinik 2, 1955, 89
- Falta, W.: Klinische Studien über Tetanie mit besonderer
Kahn, Fr.: Berücksichtigung des vegetativen Nervensystems
Z. klin. Med. 74, 1912, 108
- Fanconi, G.: Pathogenese der Tetanie
Schweizerische Med. Wochenschrift 17, 1954, 459
- Fehlinger, R.: Kalzium-Magnesium Homoeostase und tetanisches Syndrom
Z. ärztl. Fortbildung (Jena), 72, 1, 1978, 24
- Finger, U. D.: Trennungstrauma und narzißtische Persönlichkeits-
störung
Psychoanalyse 1/1980 Bonz Verlag

- Foerster, O.: Hyperventilationsepilepsie
Dtsch. Z. Nervenheilkunde 83 (1925) 347
- Frankl-Hochwart, v.: Die Tetanie
Nothagels Handbuch, Spezielle Pathologie und Therapie Bd. 11, Wien 1897
- Frentzel-Beyme, A.: Tetanie oder tetanoides Syndrom?
Z. f. d. ges. Inn. Med. 14, 1952, 666
- Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen
Kindler Verlag 1980
- Freud, S.: Hemmung, Symptom und Angst
Ges. Werke, Bd. 14, Fischer Verlag 1966
- Freud, S.: Abriss der Psychoanalyse
Ges. Werke, Bd. 17, Fischer Verlag 1966
- Freud, S.: Trauer und Melancholie
Ges. Werke, Bd. 10, Fischer Verlag 1966
- Freudenberg, E.: Normocalcämische Übererregbarkeit und normocalcämische Tetanie
Klinische Wochenschrift 18, 1937, 626
- Friede, R.: Über die Pathogenese der Krampferscheinungen bei Tetanie
Klinische Wochenschrift 43/44, 1952, 1041
- Fünfgeld, E.: Die tetanischen Erkrankungen des Erwachsenen
Leipzig 1943
- Fünfgeld, E.: Über Tetanie und Tetaniepsychosen
Arch. Psych. 84 (1928) 363
- Gault, J. E.: "Blackouts"
Med. J. Aust. 1965, 971
- Glauner, W.: Die latente Tetanie - maskiert als Herz-Gefäßerkrankung
Schwarz, P.: Med. Klinik 33, 1950, 1024
- Graber, G. H.: Zur Psychoanalyse eines Ekzem- und Asthmakranken
Psyche X, 10, 647
- Grunberger, B.: Über-Ich und Narzißmus in der analytischen Situation
Psyche XII, 5, 270
- Golant-Ratner, R.: Zur Frage der Bedeutung des Sympathicus für den tetanischen Krampf
Klinische Wochenschrift 32, 1925, 1549
- Haas, H. G.: Das Hyperkalzämiesyndrom
Petersen, H.: Therapeutische Umschau 26, 1969, Heft 11, 620

- Haas, H. G.: Die Tetanie - Notfall in der Praxis
 Petersen, H.: Schweiz. med. Wschr. 102, 1025, 1027 (1972)
- Hadorn, W.: Zur Tetaniefrage
 Stucki, P.: Helvetica Medica Acta 18, 1951, 1
- Harnapp, G. O.: Die Formenzustände des Blutkalziums und ihre
 Beziehungen zur neuromuskulären Erregbarkeit
 Ztschr. inn. Med. 14, 1954, 681
- Hartmann, H.: Bemerkungen zur Theorie der Sublimierung
 Psyche X, 1-3, 41
- Hartmann, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme
 Psyche XIV, 2, 81
- Hartmann, H.: Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs
 Psyche XVIII 6/7 330
- Heimann, P.: Bemerkungen zur Sublimierung
 Psyche XIII, 7, 397
- Henseler, H.: Neurose - eingebilddete Krankheit?
 Med. Klinik 63, 1968, 424
- Henseler, H.: Narzißtische Krisen / Zur Psychodynamik des Selbst
 mordes
 Rowohlt Verlag 1974
- Higgins, P. M.: Tetany as a complication of Hemorrhoidectomy
 Dis. Colon Rectum, 1964, 321
- Hochheimer, W.: Die Rolle des Unbewußten im zwischenmenschlichen
 Verhalten
 Psyche VII, 3, 161
- Hochheimer, W.: Über Projektion
 Psyche IX, 5, 279
- Hoff, F.: Sympathikotonie und Parasympathikotonie
 Losse, H.: Dtsch. med. Wschr. 15, 1955, 529
- Hoff, H.: Zur Frage des Hyperventilations-Syndroms
 Clotten, R.: Wiener Med. Wochenschrift 46, 1952, 917
 Thurner, W.:
- Holtz, F.: Fehldiagnosen bei Nebenschilddrüseninsuffizienz
 Dtsch. med. Wochenschrift 29, 1942
- Illig, H.: Das Hyperventilationssyndrom
 Münchner med. Wochenschrift 29, 1964, 1276

- Janz, D.: Wut und Anfallsgeschehen
Psyche II, 1, 97
- Jesserer, H.: Tetanie
Thieme Verlag 1958
- Jesserer, H.: Die Tetanie des Erwachsenen und ihre Grenzzustände
Erg. inn. Med. u. Heilk. 7, 1956, 312
- Jesserer, H.: Die versorgungsrechtliche Begutachtung der Tetanie
Dtsch. med. Wschr. 83, 1958, b 68
- Kaiser, W.: Zur Bedeutung des ADTA-Belastungstests für die
Ponsold, W.: Differentialdiagnose tetanischer Symptome
Quandt, J.: Ztschr. f. d. ges. inn. Med. Heft 2, 1965, 33
- Kalischer, S.: Die Beziehungen der Tetanie zur Epilepsie
Arch. Psychiat. 78 (1926) 168
- Kanig, K.: Zur Pathophysiologie des "Hysterischen" Anfalls
Ziolko, H. U.: Klinische Wochenschrift 39/40, 1955, 944
- Kibler, M.: Über den Ausdruckswert des körperlichen Symptomes
Psyche II, 3, 449
- Kinzelmeier, H.: Zur Diagnose der latenten Tetanie
Dtsch. Med. Journ. 10, 1957, 520
- Klein, M.: Neid und Dankbarkeit
Psyche XI, 5, 241
- Kleinsorge, H.: Blutveränderungen im Affekt
Med. Klinik 46, 1951, 407
- Klinghardt, G. W.: Zur Pathogenese des Muskelfibrillierens, des Muskel-
wogens und der Crampi
Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 163, 1950, 416
- Klüß, C. O.: Die Hyperventilationstetanie und ihre Behandlung
Med. Welt 42, 1964, 2255
- Kunz, H.: Die Aggressivität und die Zärtlichkeit
Bern 1946
- Kutter, P.: Das psychoanalytische Konzept von Konflikt und
Krankheit
Psychoanalyse 1/1980 Bonz Verlag
- Labhardt, A.: Klinik der inneren Sekretion
Springer Verlag 1971

- Lampl-de Groot, J.: Ich-Ideal und Über-Ich
Psyche XVII, 6, 321
- Lampl-de Groot, J.: Hemmung und Narzißmus
Psyche XIX, 7, 417
- Lampl-de Groot, J.: Masochismus und Narzißmus
Psyche XIX, 7, 443
- Lampl-de Groot, J.: Über Verlaufformen von Abwehr und Entwicklung
Psyche XIX, 7, 465
- Lance, J. W.: Pseudomyotonia and Tetany in a familial syndrome:
a review of the literature
Trans am Neurol Assoc. 103, 1980, 22
- Landauer, K.: Das Tetanoid
Arch. Psychiat. 66 (1922) 530
- Lantos, B.: Die zwei genetischen Ursprünge der Aggression
und ihre Beziehungen zu Sublimierung und
Neutralisierung
Psyche XII, 3, 161
- Laubenthal, F.: Über Tetanie und tetanische Syndrome
Dtsch. med. Wochenschrift 23, 1951, 548
- Lebovici, S.: Die Aspekte der frühen Objekt-Beziehungen.
Die anaklitische Beziehung
Psyche X, 1-3, 82
- Leeuw, P. C.: Zur Entwicklung des Begriffs der Abwehr
Psyche XIX, 3, 161
- Lenggenhager, K.: Studien über die Hyperventilationstetanie
Schweizerische Med. Wochenschrift 23, 1951, 548
- Lenggenhager, K.: Fortsetzung der o. Studien
Schweizerische Med. Wochenschrift 24, 1951, 568
- Ley, H.: Über die Methode zur Bestimmung der Tetanie-
bereitschaft des Menschen
Uexküll, Th. v.: Ztschr. f. kl. Med. 152, 1953, 36
- Lienert, G. A.: Testaufbau und Testanalyse
Beltz Verlag 1969
- Lincke, H.: Bemerkungen zur Triebpsychologie der Ersatzbe-
friedigung und Sublimierung
Psyche VII, 9, 501

- Loch, W.: Regression; über den Begriff und seine Bedeutung in einer allgemeinen psychoanalytischen Neurosen-theorie
Psyche XVII, 9, 516
- Lowes, H. A.: Über tetanische Krankheitsbilder bei Erwachsenen
Die Medizinische 9, 1955, 309
- Lowes, H. A.: Tetanisches Syndrom bei Fokalinfekten
Ärztliche Wochenschrift 8/9, 1956, 185
- Lozano.Tonkin, C.: Hypokalzämische Tetanie
Fortschr. Med. 87, Nr. 6., 1969, 243
- Lukowsky, A.: Über larvierte, abortive und latente Tetanie
Münchener med. Wochenschr. 43. 1959, 1887
- Lum, L. C.: Hyperventilation: The tip and the iceberg
Journ. of Psychosomatik Research 1975
19, 5-6, 375
- Matovinovic, J.: Das Tetanieproblem
Kovcie, N.: Wiener kl. Wochenschr. 34, 1955, 623
- Meinertz, J.: Grundsätzliches zur Frage der Psychosomatik
Psyche XII, 9, 521
- Meili, E.: Zur Pathophysiologie des Effortsyndroms
Helvetica Medica Acta 4/5, 1948
- Menninger-Lerchenthal, E.: Die Pseudotetania hysterica im Lichte neuerer Forschungen
Ztschr. f. ges. Neurol. Psychiat. 133 (1931) 576
- Mentzos, St.: Interpersonale und institutionelle Abwehr
Suhrkamp 1976
- Meyer, W. C.: Die Bedeutung des Formenkreises der latenten Tetanie im Rahmen endokriner Regulationskrankheiten Erwachsener
Dtsch. med. Wschr. 76, 1951, 1360
- Mirsky, I. A.: Körperliche, seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen
Psyche XV, 1, 26
- Mitscherlich, A.: Aggression und Anpassung
Psyche X, 1-3, 177
- Mitscherlich, A.: Aggression und Anpassung II
Psyche XII, 9, 523

- Mitscherlich, A.: Über die Behandlung psychosomatischer Krankheiten
Psyche XVIII, 11, 643
- Müller-
Braunschweig, H.: Averbale Therapieformen bei Anfallsleiden
Psyche 12, 1980
- Möhlen, K.:
- Müller-Suur, H.: Aggression in psychopathologischer Sicht
Festschrift, Hersg. D. Rössler, G. Vogt...
Göttingen
- Nevsimal, O.: Tetanie und Zentralnervensystem
Roth, B.: VEB Volk und Gesundheit, Berlin 1963
- Ohlmeier, D.: Psychoanalytische Entwicklungslehre
Rombach Verlag 1973
- Pampus, F.: Die Spielbreite der Symptome der latenten Tetanie
Allg. Ztschr. Psychiat. 116 (1940) 21
- Parade, G. W.: Therapie von Grenzzuständen der hormonalen
und vegetativen Störungen
act. geront. 1, 1971, 187
- Parade, G. W.: Über die Reichweite der Störungen des Nebenschilddrüsen-
systems
Dtsch. med. Wochenschrift 16, 1949, 495
- Parade, G. W.: Über Tetanie
Neue med. Welt 39, 1950, 1253
- Parade, G. W.: Bemerkungen zur Therapie der parathyreopriven
Tetanie
Ther. Gegenw. 6, 1953, 206
- Parade, G. W.: Diagnose und Therapie der Tetanie
Med. Klin. 21 (1963) 891
- Parin, P.: Die Abwehrmechanismen der Psychopathen
Psyche XV, 5, 322
- Petersen, P.: Die Psychiatrie des primären Hyperparathyreoidismus
Springer Monographien, Heft 120
- Pette, H.: Zur diencephalen Genese hypophysärer Krankheits-
bilder
Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 163, 1950, 405
- Pette, H.: Zum Problem der zentralen Genese tetanischer Syndrome
Dtsch. Ztschr. Nervenheilkunde 160 (1949)

- Pfeffer, J. M.: The aetiology of the hyperventilation syndrome: a review of the literature
Psychotherapy & Psychisomatics 1978, 30, 1, 47
- Pflanz, M.: "Entlastung" als pathogenetischer Faktor
Uexküll, Th. v.: Ein Beitrag zum Problem der Begriffe "Belastung" und "Entlastung"
Klinische Wochenschr. 17/18, 1952, 414
- Platzbecker, P.: Zur Diagnose: Tetanie
Der Landarzt 8, 1966, 329
- Plügge, H.: Zur Symptomatologie der Tetanie
Dtsch. med. Wochenschrift 15, 1938
- Plügge, H.: Über Anfälle und Krisen
Psyche II, 3, 401
- Plügge, H.: Über suizidale Kranke
Psyche V, 7, 433
- Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität
Huber Verlag 1968
- Quandt, J.: Das tetanische Syndrom
Halle/Saale 1954
- Quandt, J.: Die Behandlung der Tetanie
VEB Volk u. Gesundheit, Berlin 1959
- Quandt, J.: Zur Frage der neurotischen Reaktion
Der Nervenarzt 7, 261
- Quandt, J.: Zur Pathogenese und Therapie des tetanischen Syndroms
Münchner med. Wochenschr. 36, 1953, 977
- Quandt, J.: Nebenschilddrüseninsuffizienz und tetanisches Syndrom
Ponsold, W.: Jena 1959
- Raymond, F.: Tetanie und Pseudotetanie
Med. Klinik 44, 1905, 153
- Rennert, H.: Über die Beziehung der multiplen Sklerose zur Tetanie
Dtsch. med. Wschr. 19, 1951, 632
- Richter, H. E.: Über Formen der Regression
Psyche XI, 5, 275

- Riebel, U.: Narcissus - Selbstmord im Spiegel?
Fortbildung DBA 10/1974
- Riebel, U.: Neue Aspekte der Suizidalität
Fortbildung DBA 5/1976
- Riebel, U.: Was tun Sie in akuten Krisenfällen?
Ärztliche Praxis 94, 1977
- Riebel, U.: Der Pflanzenmann
Fortbildung DBA 4/1977
- Ringel, E.: Selbstschädigung durch Neurose
Herder Verlag 1978
- Ritter, G.: Neuropsychiatrische Aspekte des sogenannten
Prill, A.: Pseudohypoparathyreoidismus
Volles, E.: Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 197, 1970, 1
- Rose, H. K.: Die normokalzämische Tetanie
Habilitationsschrift, Hannover 1974
- Rose, H. K.: Tetanie als Ausdrucksgeschehen
Ärztliche Praxis 50, 1965
- Rose, H. K.: Die Psychosomatik der Kranken mit normokalzämischer
Tetanie
Quelle nicht bekannt
- Rossier, P. H.: Die Atmungstetanie
Schweizerische Med. Wochenschrift 16, 1939
- Rossier, P. H.: Physiologie und Pathophysiologie der Atmung
Springer 1956
- Ruffler, G.: Zur Bedeutung der Anamnese für die psychosomatische
Fragestellung, dargestellt an einer Anfallskranken
Psyche XI, 7, 416
- Säker, G.: Die Hyperventilation als neurologische Funktionsprobe
Der Nervenarzt Heft 8, 21 Jahrgang
- Sandler, J.: Zum Begriff des Über-Ichs (I)
Psyche XVIII, 4, 721
- Sandler, J.: Teil II
Psyche XVIII, 8, 812
- Sarma, R. N.: Tetany: an analyses of fifty cases
J. Indian Med. Ass. 1964, 41, 588

- Schmideberg, M.: Die Reifung und Integration des Über-Ichs
Psyche X, 6, 391
- Schmidtke, A.: Die Erfassung des präsuizidalen Syndroms durch
Selbst- und vermutete Fremdbeurteilungen
unveröffentl. Referat 1980
Psychologisches Institut der Univ. Mannheim
- Schottlaender, F.: Das Ich und seine Determinanten
Ein Beitrag zur Frage der Neurosenentstehung
Psyche V, 9, 497
- Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie
Thieme Verlag 1973
- Schultz-Hencke, H.: Der gehemmte Mensch
Thieme Verlag 1969
- Schwab, R.: Das Tetanie-Syndrom
Dtsch. med. Wschr. 51, 1954, 1904
- Scriba, P. C.: Tetanie und Hypoparathyreoidismus
Ztschr. f. Allg. Med. 53, 1977, 1427
- Seemann, H. J.: Klinischer Beitrag zum Tetanieproblem unter
besonderer Berücksichtigung der sogenannten
"latenten Tetanie"
Diss. Freiburg 1954
- Sioli, F.: Tetanie ohne Epithelkörperchenerkrankung?
Der Nervenarzt 1, 1938
- Sobez, J.: Die Kunst, sich richtig zu ärgern
Verres, R.: Psychologie heute 4/1980
- Spiegel, L. A.: Selbst, Selbstwertgefühl und Wahrnehmung
Psyche XV, 3, 211
- Spitz, R. A.: Zur Entstehung der Überich-Komponenten
Psyche XIV, 7, 400
- Strupper, A.: Das Tetanie-Syndrom
Münchener med. Wochenschr. 15, 1964, 702
- Stucki, P.: Tetanie und Keimdrüsen
Dtsch. med. Wschr. 1, 1951
- Studt, H. H.: Lungen- und Atemwegserkrankungen
Sonderdruck aus dem fünfzehnbändigen Informationswerk
DIE PSYCHOLOGIE DES 20. JAHRHUNDERTS
Band IX, Psychosomatik, Kindler Verlag 1979

- Teßmann, R.: Die normokalzämische Hyperventilationstetanie
 Möhlenkamp, G.: als Symptom einer Aggressions- und Durchsetzungshemmung
 Med. Welt Bd. 30 (Heft 44), 1979, 1631
- Thomä, H.: Die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen
 Psyche 7, 1980
- Thomas, W. C.: Hyperventilation Tetany associated with anxiety
 Trans. Amer. Clin. Climat Ass. 76, 1965, 26
- Thorner, H. A.: Ursache, Grund und Motiv. Ein psychoanalytischer
 Beitrag zum Verständnis psychosomatischer Phänomene
 Psyche XVI, 11, 670
- Tonkin, C.: Hypokalzämische Tetanie
 Fortschr. Med. 5, 1969
- Uexküll, Th. v.: Die Bedeutung funktioneller Syndrome für die
 Allgemeinpraxis
 Ärztl. Wochenschrift 30/31, 1959, 573
- Uexküll, Th. v.: Lehrbuch d. Psychosomatischen Medizin
 Urban & Schwarzenberg, 1979
- Waelder, R.: Über neurotische Ich-Deformierungen
 Psyche XIII, 2, 81
- Weimann, G.: Tetanie
 Med. Klinik 72, 1977, 1163
- Weimann, G.: Das Hyperventilationssyndrom
 Urban & Schwarzenberg, 1968
- Weimann, G.: Zur Prognose des Hyperventilationssyndroms
 Georg, D.: Med. Welt, 11, 1968
- Weimann, G.: Zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der
 Männche, K. H.: tetanischen Bereitschaft
 Arch. klinische Med. 213, 1966, 58
- Winterstein: Schuldgefühle, Gewissensangst und Strafbedürfnis
 Int. Ztschr. f. Psychoanalyse XVIII, 1932
- Wittermann, E. R.: Tetanie und Hypoparathyreoidismus
 Med. Klinik 74, 1979, 247
- Zweymüller, E.: Die Tetanie bei Kindern und Jugendlichen
 Wiener kl. Wochenschrift 4, 1958, 56
- Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung
 Akad. Verlagsanstalt 1965

Ein ausführlicher Literaturüberblick zum Thema Tetanie findet sich
 bei H. K. ROSE, 1974

Anhang

SU/S

Name _ _ _ _ _

Tag _ _ _ _ _

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst und Ihre Beziehungen zur Umwelt sehen und empfinden.

Bitte, tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf der Skala 0 - 7 ein.

0 = trifft nicht zu, gar nicht

1 = ein wenig, gelegentlich

bis

7 = sehr oft, sehr viel, immer

1. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß ich von meinen Eltern gefühlvolle Zuwendung erhalten habe. 0 1 2 3 4 5 6 7
2. Ich kannte als Kind innere Leblosigkeit. 0 1 2 3 4 5 6 7
3. Ich bemängel heutzutage stets das fehlerhafte Verhalten meiner Mitmenschen. 0 1 2 3 4 5 6 7
4. Ich schmiedete 'Fluchtpläne'. 0 1 2 3 4 5 6 7
5. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern oft mit mir lachten. 0 1 2 3 4 5 6 7
6. Ich weiß, daß ich für immer mit meinem Lebenspartner zusammenbleiben möchte. 0 1 2 3 4 5 6 7
7. In meiner Jugend wollte ich anderen Personen alles recht machen. 0 1 2 3 4 5 6 7
8. Ich kenne heutzutage das Gefühl innerer Leblosigkeit. 0 1 2 3 4 5 6 7
9. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sehr glücklich mit mir waren. 0 1 2 3 4 5 6 7
10. Ich war in meiner Jugend bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht. 0 1 2 3 4 5 6 7
11. Ich habe heutzutage Gedanken, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. 0 1 2 3 4 5 6 7
12. Mein Vater hat von mir keinen Dank zu erwarten. 0 1 2 3 4 5 6 7
13. Ich hatte als Kind den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein. 0 1 2 3 4 5 6 7
14. In meiner Jugend war es mir egal, aus meinem Leben was zu machen. 0 1 2 3 4 5 6 7
15. Ich hatte als Kind das Gefühl, mich am liebsten in der Außenwelt zu beschäftigen. 0 1 2 3 4 5 6 7
16. Ich phantasiiere heutzutage, unsterblich zu sein. 0 1 2 3 4 5 6 7
17. Ich weiß, daß meine Eltern Verständnis für mich hatten, wenn ich mich nicht wohl fühlte. 0 1 2 3 4 5 6 7
18. Ich reagierte in meiner Jugend auf Ärgerlichkeiten sehr wütend. 0 1 2 3 4 5 6 7
19. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß ich mich in der Nähe meiner Eltern wohl gefühlt habe. 0 1 2 3 4 5 6 7
20. Ich habe heutzutage das Gefühl, vieles als sinnlos in meinem Leben zu erleben. 0 1 2 3 4 5 6 7
21. Ich habe heutzutage das Gefühl, zugehörig zu sein. 0 1 2 3 4 5 6 7
22. Ich habe das Gefühl, mit dem Druck der Realität fertig zu werden. 0 1 2 3 4 5 6 7
23. Ich kenne heutzutage das Gefühl innerer Lebendigkeit. 0 1 2 3 4 5 6 7
24. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß ich von meinen Eltern zurückgewiesen wurde. 0 1 2 3 4 5 6 7

- | | |
|--|-----------------|
| 25. Ich war in meiner Jugend in der Lage, mich mit anderen Personen auseinanderzusetzen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 26. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß Zuhause bei meinen Eltern eine besonders behagliche Lebensatmosphäre war. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 27. Ich habe als Kind über mich und das Leben an sich nachgedacht. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 28. Ich hatte als Kind das Gefühl, in einer besonders liebevollen Welt aufzuwachsen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 29. Ich kannte als Kind das Gefühl innerer Lebendigkeit. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 30. Ich reagiere heutzutage auf Ärgerlichkeiten sehr wütend. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 31. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern besonders oft mit mir ernst waren. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 32. Ich kenne heutzutage Gefühle des Mißtrauens gegenüber meinen Mitmenschen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 33. Ich hatte mir als Kind gewünscht, daß mein böses Verhalten irgendwie entschuldigt werden müßte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 34. Ich hatte als Kind Vorstellungen und Gedanken, in denen der Tod eine Rolle spielte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 35. Es ist mir heutzutage egal, ob ich in meinem Leben was erreiche. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 36. Ich bin heutzutage bei Ungerechtigkeiten unbeeinträchtigt. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 37. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sich öfter um meine Geschwister kümmerten, als um mich. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 38. Ich bin heutzutage bestrebt, mit anderen Personen gut auszukommen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 39. Ich kannte als Kind Gefühle innerer Aufgeschlossenheit. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 40. Ich glaube, daß meine Mutter für mich alles richtig gemacht hat. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 41. Ich habe heutzutage den Wunsch, mit einem Angehörigen unbedingt vereint zu sein. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 42. Ich bin heutzutage bei Ungerechtigkeiten auf gerechte Bestrafung bedacht. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 43. Ich weiß heutzutage, daß ich sterblich bin. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 44. Ich akzeptiere heutzutage das fehlerhafte Verhalten meiner Mitmenschen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 45. Ich hatte als Kind das Gefühl, von meinen Eltern beachtet zu werden. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 46. In meiner Jugend war ich bestrebt, aus meinem Leben unbedingt was zu machen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 47. In meiner Jugend konnte ich andere Personen auf meine Rechte aufmerksam machen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

- | | |
|---|-----------------|
| 48. Ich hatte als Kind Vorstellungen und Gedanken, in denen die Geburt eine Rolle spielte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 49. Ich weiß, ich habe in meinem Lebenspartner einen Menschen mit ausgesprochen schlechten Seiten gefunden. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 50. Ich habe als Kind ängstlich phantasiert, mein Leben zu verlieren. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 51. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sehr geduldig mit mir umgegangen sind. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 52. Ich weiß heutzutage, daß es sich lohnt zu leben. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 53. Ich hatte als Kind das Gefühl, zugehörig zu sein. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 54. Ich war in meiner Jugend bei Ungerechtigkeiten unbeteiligt. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 55. Ich hatte als Kind den Gedanken, daß der Tod eigentlich eine Erlösung von einem enttäuschten Leben sein kann. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 56. Ich war in meiner Jugend bestrebt, mit anderen Personen gut auszukommen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 57. Ich habe heutzutage das Gefühl, nützlich zu sein. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 58. Ich hatte als Kind Gefühle, vieles in meinem Leben als sinnlos zu erleben. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 59. Ich bin meiner Mutter dankbar, sie hat es mit mir gut gemeint. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 60. Ich habe heutzutage das Gefühl, in einer besonders liebevollen Welt zu leben. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 61. Ich habe heutzutage das Gefühl, mich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 62. Ich kann heutzutage andere Personen auf meine Rechte aufmerksam machen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 63. Ich kannte als Kind das Gefühl, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 64. Ich weiß, daß meine Eltern wenig damit zu tun haben wollten, wenn ich mich nicht wohl fühlte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 65. Ich hatte als Kind lebhaftes Phantasien, in denen ich an meinem Leben hing. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 66. Ich reagierte in meiner Jugend auf Ärgerlichkeiten sehr wütend. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 67. Ich hatte als Kind das Gefühl, mich in der Nähe meiner Eltern besonders wohl zu fühlen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 68. Ich habe heutzutage Vorstellungen und Gedanken, in denen der Tod eine Rolle spielt. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 69. Ich kannte als Kind Gefühle starken Vertrauens gegenüber meinen Mitmenschen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

70. Ich denke heutzutage über mich und das Leben an sich nach. O 1 2 3 4 5 6 7
71. Ich hatte als Kind das Gefühl, am Rande zu stehen. O 1 2 3 4 5 6 7
72. Ich will heutzutage anderen Personen alles recht machen. O 1 2 3 4 5 6 7
73. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sehr geduldig mit mir umgegangen sind. O 1 2 3 4 5 6 7
74. Ich bin heutzutage in der Lage, mich mit anderen Personen auseinanderzusetzen. O 1 2 3 4 5 6 7
75. Ich hatte als Kind das Gefühl, nützlich zu sein. O 1 2 3 4 5 6 7
76. Meine Mutter hat von mir keinen Dank zu erwarten. O 1 2 3 4 5 6 7
77. Ich wußte als Kind, daß meine Eltern wenig damit zu tun haben wollten, wenn ich mich nicht wohl fühlte. O 1 2 3 4 5 6 7
78. Ich phantasiiere heutzutage ängstlich, mein Leben zu verlieren. O 1 2 3 4 5 6 7
79. Ich habe heutzutage das Gefühl, von meinen Eltern häufig unbeachtet gewesen zu sein. O 1 2 3 4 5 6 7
80. In meiner Jugend habe ich das fehlerhafte Verhalten meiner Mitmenschen akzeptiert. O 1 2 3 4 5 6 7
81. Ich hatte als Kind den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen unbedingt vereint zu sein. O 1 2 3 4 5 6 7
82. Ich bewundere meine Mutter. O 1 2 3 4 5 6 7
83. Ich habe als Kind 'Fluchtpläne' geschmiedet. O 1 2 3 4 5 6 7
84. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sehr glücklich mit mir waren. O 1 2 3 4 5 6 7
85. Ich kannte als Kind Gefühle innerer Zurückgezogenheit. O 1 2 3 4 5 6 7
86. Ich habe heutzutage Vorstellungen und Gedanken, in denen die Geburt eine Rolle spielt. O 1 2 3 4 5 6 7
87. Ich habe mich als Kind gefragt, was meine Eltern wohl tun würden, wenn ich plötzlich nicht mehr da sein würde. O 1 2 3 4 5 6 7
88. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sich mir gegenüber äußerst aufgeschlossen verhalten haben. O 1 2 3 4 5 6 7
89. Ich hatte als Kind das Gefühl, wertlos zu sein. O 1 2 3 4 5 6 7
90. Ich glaube, daß meine Mutter für sich alles richtig gemacht hat. O 1 2 3 4 5 6 7
91. Ich habe heutzutage das Gefühl, von meinen Eltern viel gefühlvolle Zuwendung erhalten zu haben. O 1 2 3 4 5 6 7
92. Ich habe heutzutage das Gefühl, mich am liebsten in der Außenwelt zu beschäftigen. O 1 2 3 4 5 6 7
93. Ich bin meinem Vater dankbar, er hat es mit mir gut gemeint. O 1 2 3 4 5 6 7

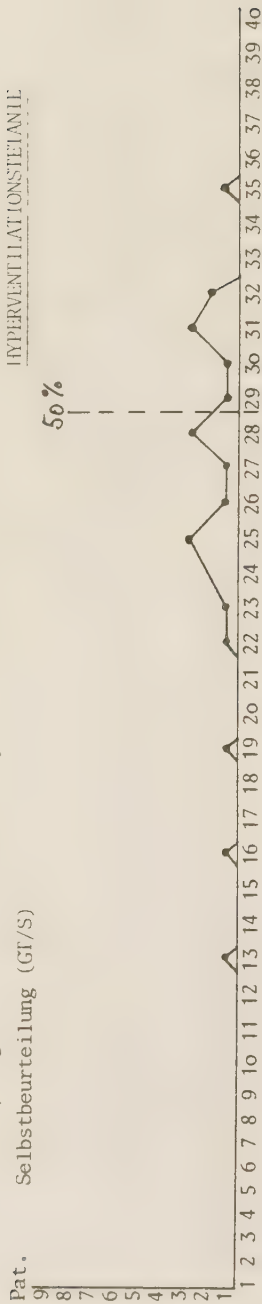
- | | |
|---|-----------------|
| 94. Ich kannte als Kind das Gefühl, mit dem Druck der Realität fertig zu werden. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 95. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß Zuhause bei meinen Eltern eine besonders behagliche Lebensatmosphäre war. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 96. Ich kenne heutzutage Gefühle starken Mißtrauens gegenüber meinen Mitmenschen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 97. Ich bin heutzutage bestrebt, unbedingt was im Leben zu erreichen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 98. In meiner Jugend habe ich das fehlerhafte Verhalten meiner Mitmenschen bemängelt. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 99. Ich hatte als Kind gewußt, daß ich sterblich bin. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 100. Ich wünsche mir, daß mein böses Verhalten irgendwie entschuldigt werden müßte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 101. Ich verachte meinen Vater. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 102. Ich kenne heutzutage Gefühle innerer Aufgeschlossenheit. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 103. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sich mir gegenüber äußerst verschlossen verhalten haben. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 104. Ich reagiere heutzutage auf Ärgerlichkeiten sehr friedlich. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 105. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sehr unglücklich mit mir waren. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 106. Ich weiß, ich habe in meinem Lebenspartner einen Menschen mit nur guten Seiten gefunden. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 107. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß Zuhause bei meinen Eltern eine besonders spannungsreiche Lebensatmosphäre war. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 108. Ich hatte mir als Kind gewünscht, daß mein böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 109. Ich habe heutzutage lebhaftes Phantasien, in denen ich an meinem Leben hänge. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 110. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß ich mich in der Nähe meiner Eltern besonders unwohl gefühlt habe. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 111. Ich hatte als Kind das Gefühl, mich am liebsten in der Phantasie zu beschäftigen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 112. Ich glaube, daß mein Vater für mich alles richtig gemacht hat. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 113. Ich hatte als Kind das Gefühl, mich in der Nähe meiner Eltern besonders unwohl zu fühlen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 114. Ich habe heutzutage das Gefühl, in einer besonders haßerfüllten Welt aufzuwachsen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 115. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sich öfter um mich, als um meine Geschwister gekümmert haben. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

- | | |
|--|-----------------|
| 116. Ich habe heutzutage das Gefühl, vieles als sinnvoll in meinem Leben zu erleben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 117. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sich mir gegenüber äußerst verschlossen verhalten haben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 118. Ich habe heutzutage das Gefühl, am Rande zu stehen. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 119. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß es sich lohnt zu leben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 120. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß Zuhause bei meinen Eltern eine besonders spannungsreiche Lebensatmosphäre war. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 121. Ich kannte als Kind Gefühle starken Mißtrauens gegenüber meinen Mitmenschen. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 122. Ich denke heutzutage über meinen Tod nach. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 123. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sehr unglücklich mit mir waren. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 124. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sehr gereizt mit mir umgegangen sind. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 125. Ich wünsche mir, daß mein böses Verhalten irgendwie bestraft werden müßte. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 126. Ich hatte als Kind phantasiert, unsterblich zu sein. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 127. Ich habe heute das Gefühl, daß meine Eltern sich öfter um meine Geschwister gekümmert haben, als um mich. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 128. Ich habe das Gefühl, dem Druck der Realität ausgeliefert zu sein. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 129. Ich bewundere meinen Vater. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 130. Ich kenne heutzutage Gefühle innerer Zurückgezogenheit. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 131. Ich hatte als Kind das Gefühl, daß meine Eltern sich mir gegenüber äußerst aufgeschlossen verhalten haben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 132. Ich hatte als Kind das Gefühl, in einer besonders haßerfüllten Welt aufzuwachsen. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 133. Ich habe heutzutage das Gefühl, von meinen Eltern viel Zurückweisung erhalten zu haben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 134. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern oft mit mir gelacht haben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 135. Ich habe heutzutage den Wunsch, mit einem geliebten Angehörigen im Jenseits unbedingt vereint zu sein. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 136. Ich hatte als Kind das Gefühl, von meinen Eltern besonders häufig unbeachtet gewesen zu sein. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 137. Ich verachte meine Mutter. | O 1 2 3 4 5 6 7 |
| 138. Ich hatte als Kind Gefühle, vieles in meinem Leben als sehr sinnvoll zu erleben. | O 1 2 3 4 5 6 7 |

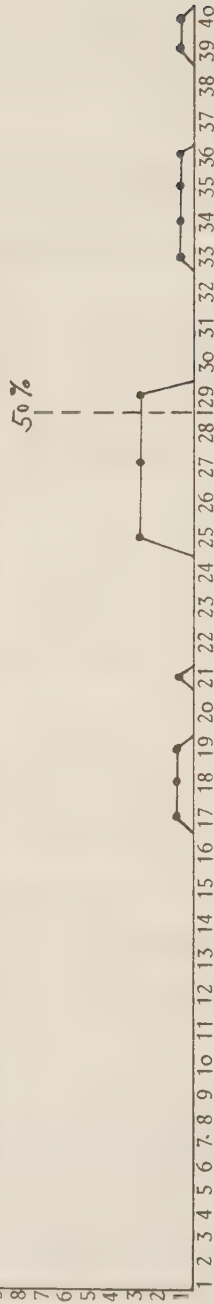
- | | |
|--|-----------------|
| 139. Ich wußte als Kind, daß meine Eltern immer Verständnis für mich hatten, wenn ich mich nicht wohl fühlte. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 140. Ich habe als Kind über meinen Tod nachgedacht. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 141. Ich habe heutzutage das Gefühl, von meinen Eltern besonders häufig beachtet worden zu sein. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 142. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern oft mit mir ernst waren. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 143. Ich hatte als Kind die Idee, für immer bei meinen Eltern bleiben zu wollen. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 144. Ich habe heutzutage das Gefühl, wertlos zu sein. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 145. Ich glaube, daß mein Vater für sich alles richtig gemacht hat. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 146. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sehr gereizt mit mir umgegangen sind. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 147. Ich habe heutzutage das Gefühl, daß meine Eltern sich öfters um mich, als um meine Geschwister gekümmert haben. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 148. Ich denke heutzutage daran, was meine Eltern wohl getan hätten, wenn ich plötzlich nicht mehr da gewesen wäre. | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

Skala 1: Negative soziale Resonanz / positive soziale Resonanz
Selbstbeurteilung (GI/S)

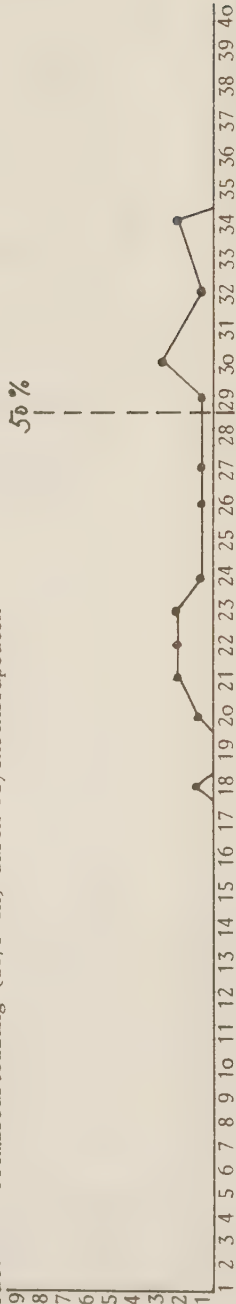
STICHPROBE I
HYPERVENTILATIONSTEILNÄHE



Pat. Fremdbeurteilung (GI/F) durch Ehepartner, Familienangehörige oder Bekannte

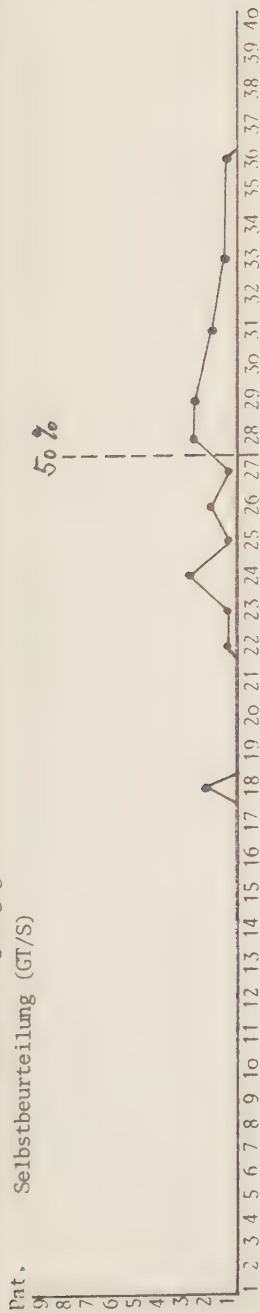


Pat. Fremdbeurteilung (GI/F Th) durch Psychotherapeuten

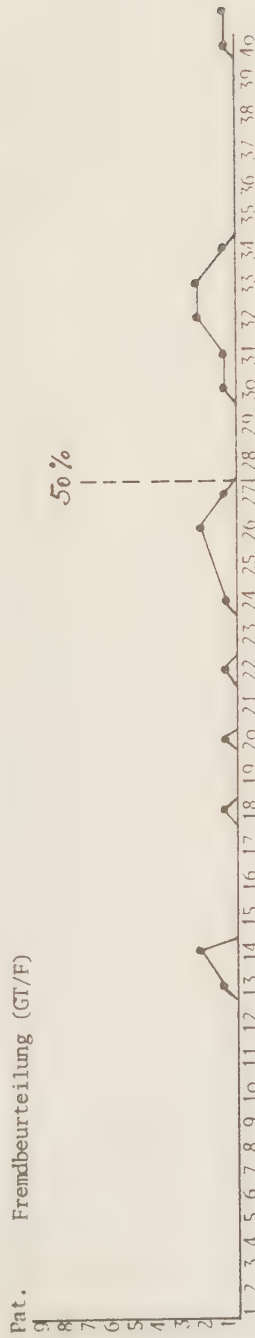


Skala 2: Dominant / gefügig

Selbstbeurteilung (GT/S)



Fremdbeurteilung (GT/F)

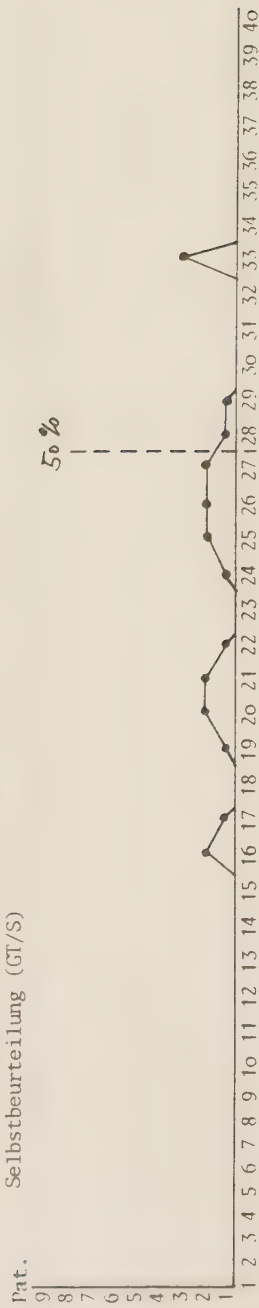


Fremdbeurteilung (GT/F Th)

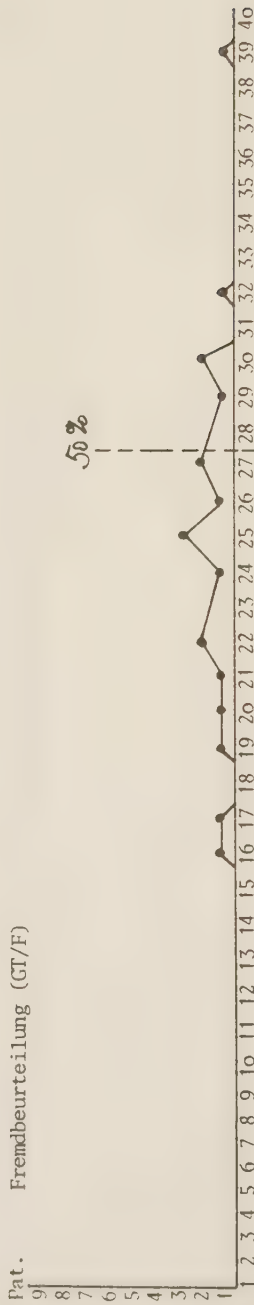


Skala 3: Unterkontrolliert / überkontrolliert

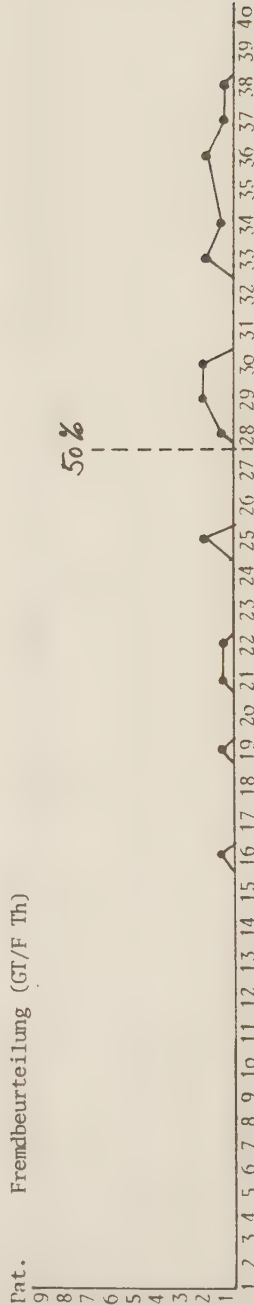
Selbstbeurteilung (GT/S)



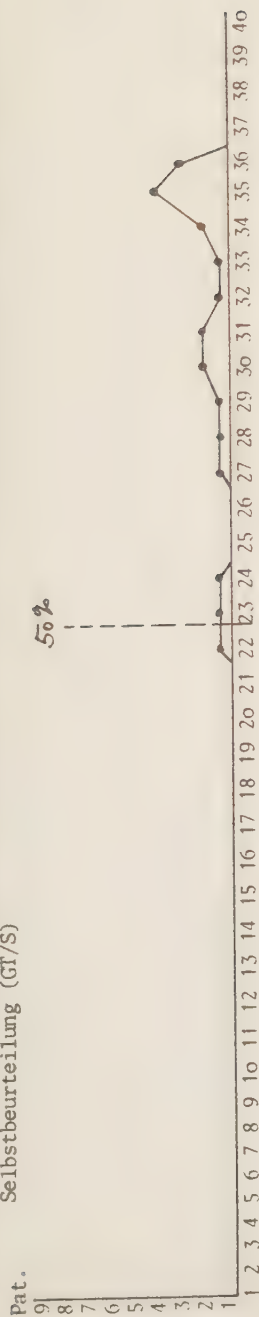
Fremdbeurteilung (GT/F)



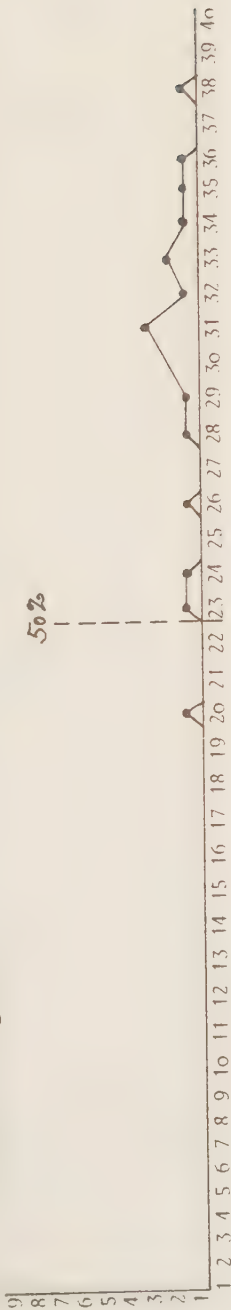
Fremdbeurteilung (GT/F Th)



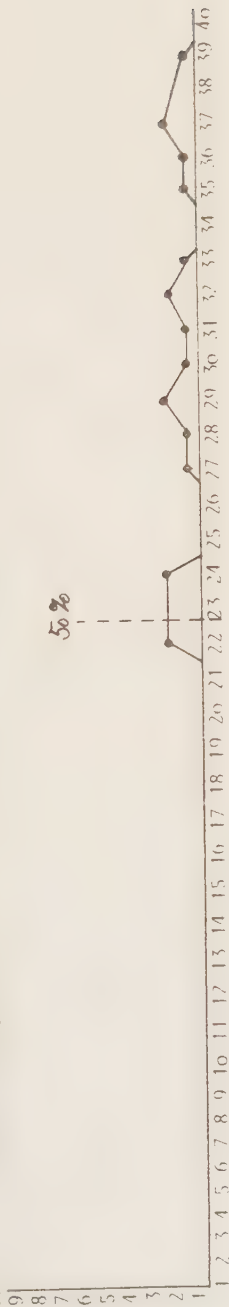
Selbstbeurteilung (GT/S)



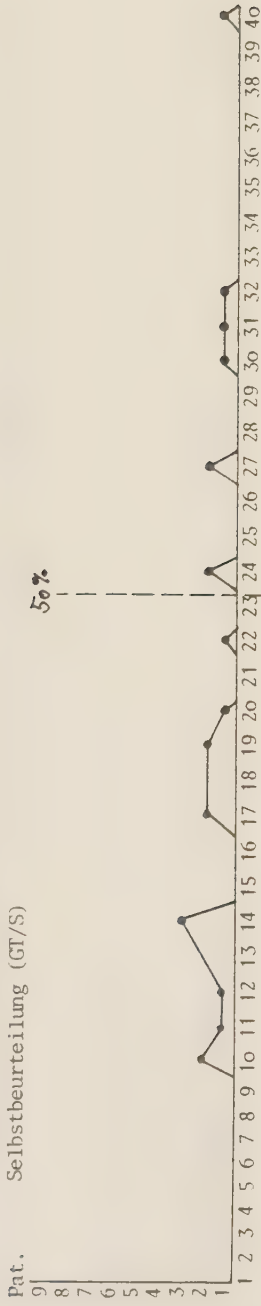
Pat. Fremdbeurteilung (GT/F)



Pat. Fremdbeurteilung (GT/F Th)



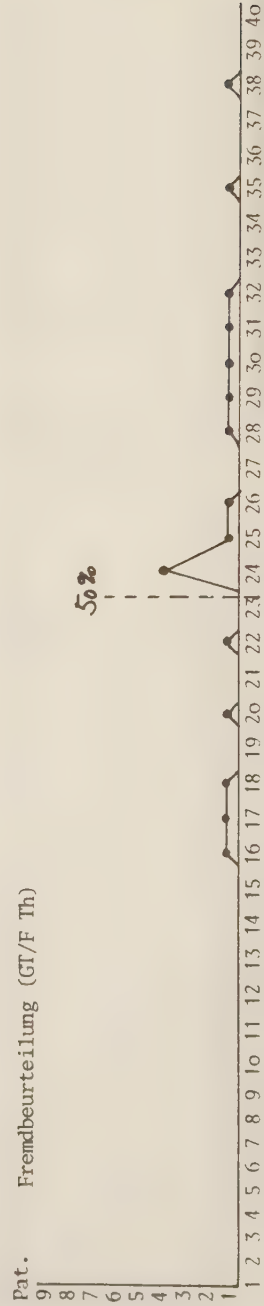
Skala 5: Durchlässig / retentiv
Selbstbeurteilung (GT/S)



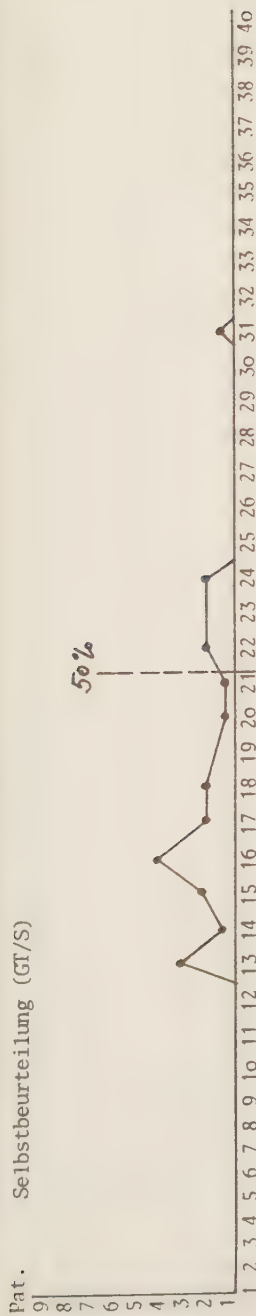
Fremdbeurteilung (GT/F)



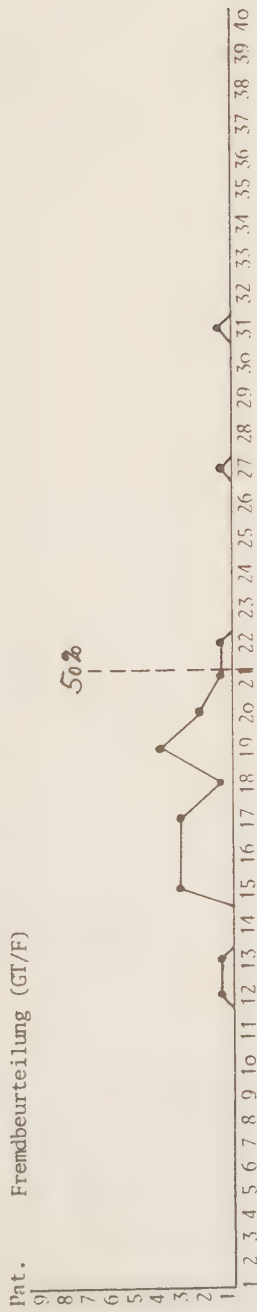
Fremdbeurteilung (GT/F Th)



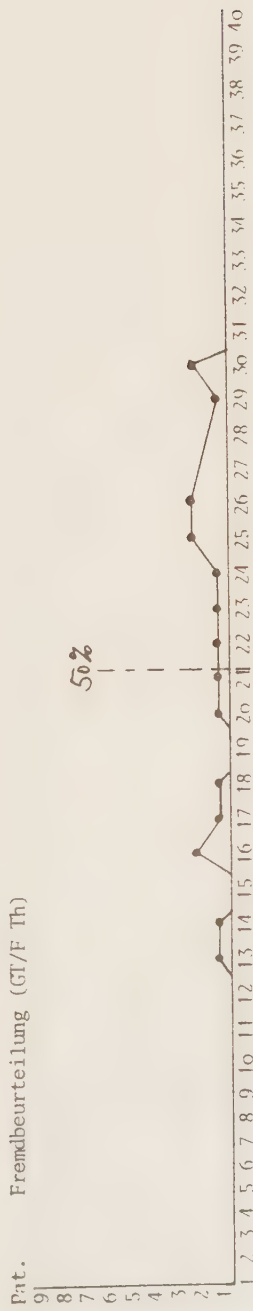
Selbstbeurteilung (GT/S)



Fremdbeurteilung (GT/F)

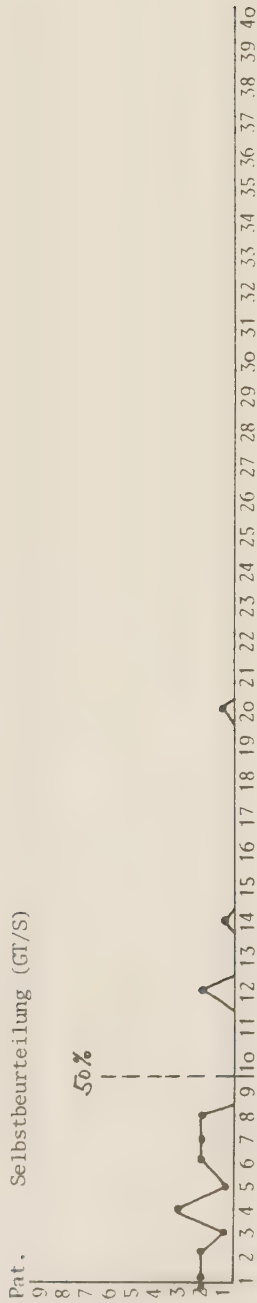


Fremdbeurteilung (GT/F Th)

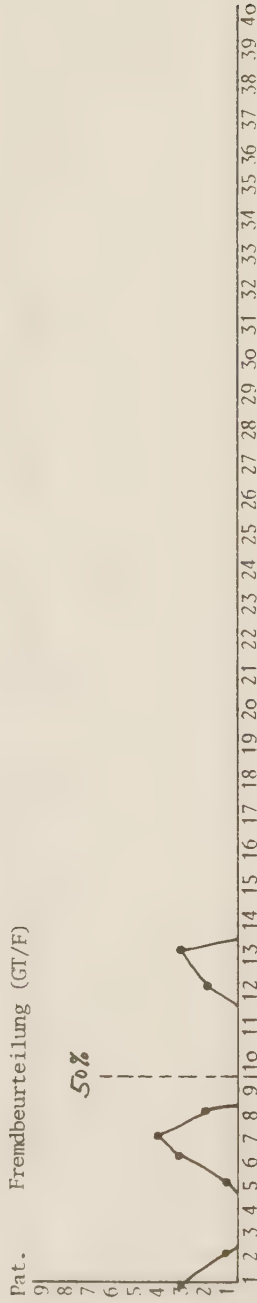


Skala M: O-Werte

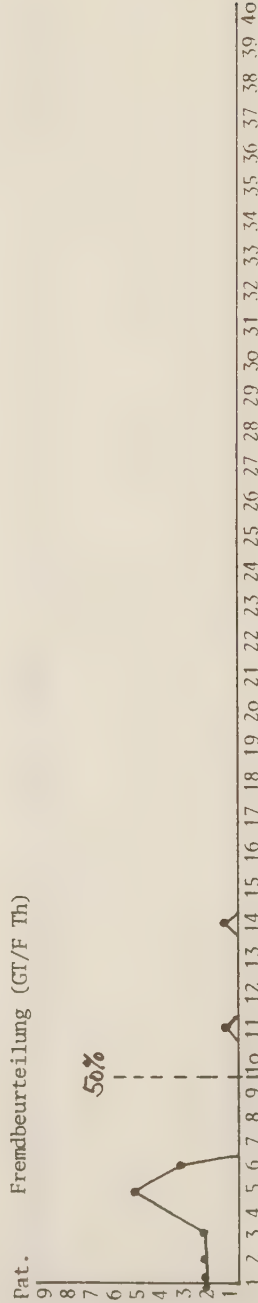
Selbstbeurteilung (GT/S)



Pat. Fremdbeurteilung (GT/F)

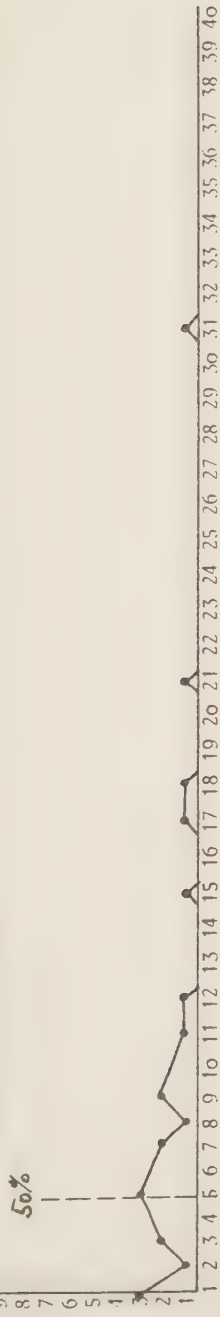


Pat. Fremdbeurteilung (GT/F Th)



Skala E: Extremwerte

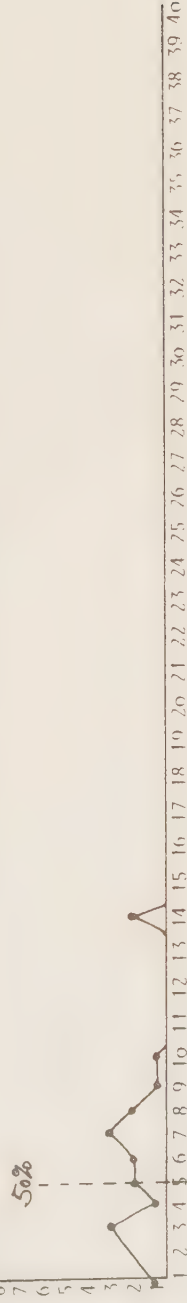
Pat. Selbstbeurteilung (GT/S)



Pat. Fremdbeurteilung (GT/F)

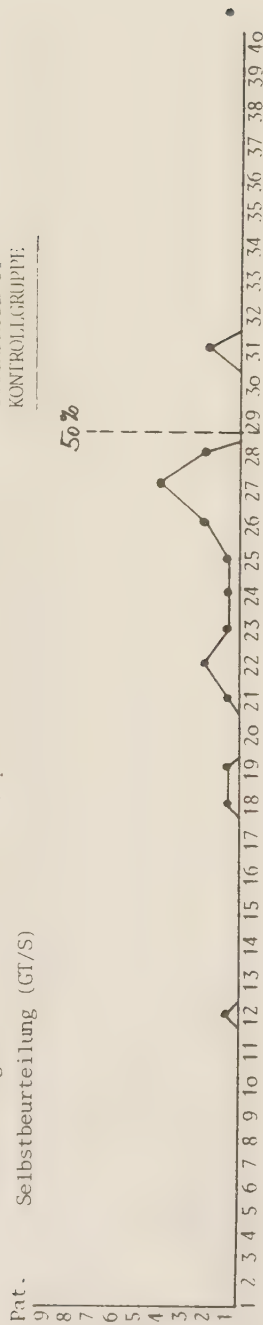


Pat. Fremdbeurteilung (GT/F Th)

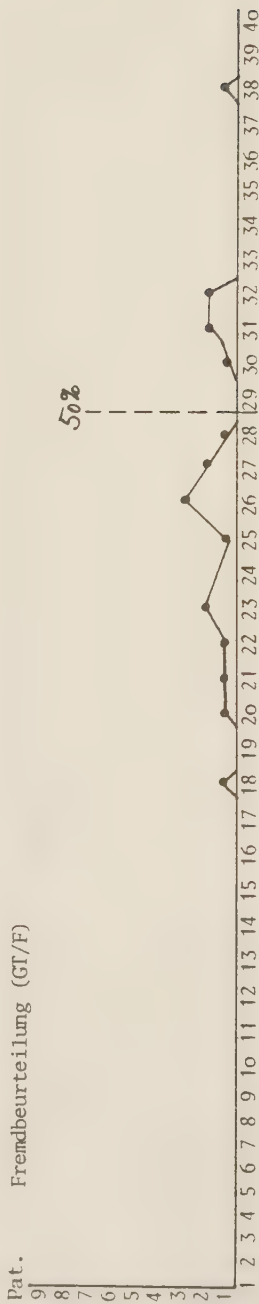


Skala 1: Negative soziale Resonanz / positive soziale Resonanz
Selbstbeurteilung (GT/S)

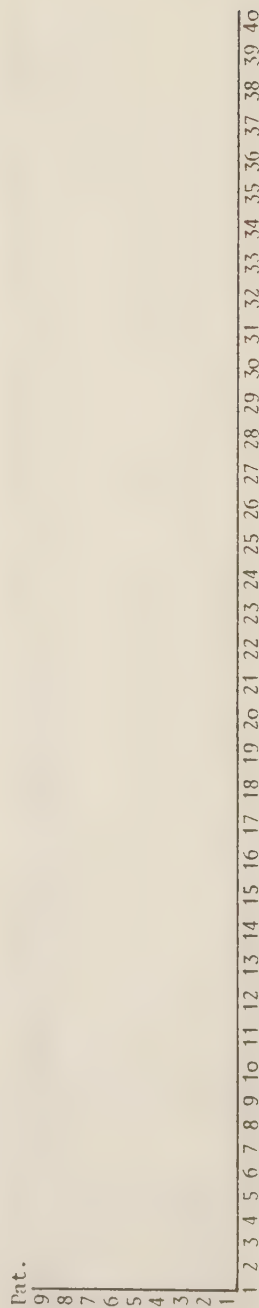
STICHPROBE II
KONTROLLGRUPPE



Pat. 9 8 7 6 5 4 3 2 1



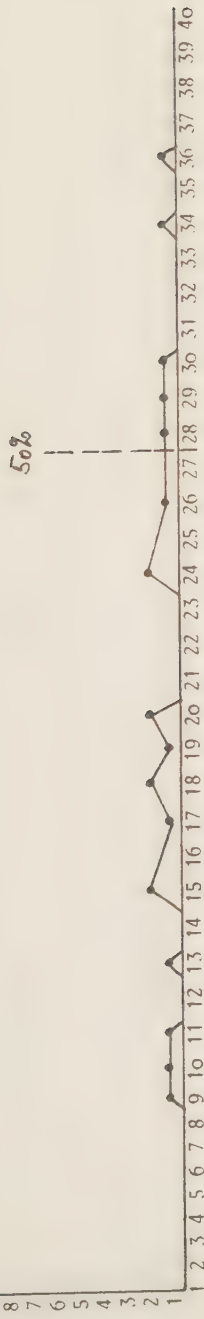
Pat. 9 8 7 6 5 4 3 2 1



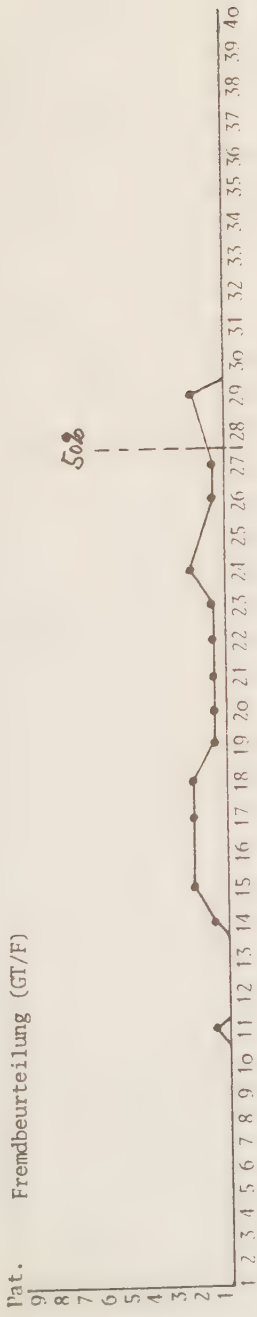
Skala 2: Dominant / gefügig

Selbstbeurteilung (GT/S)

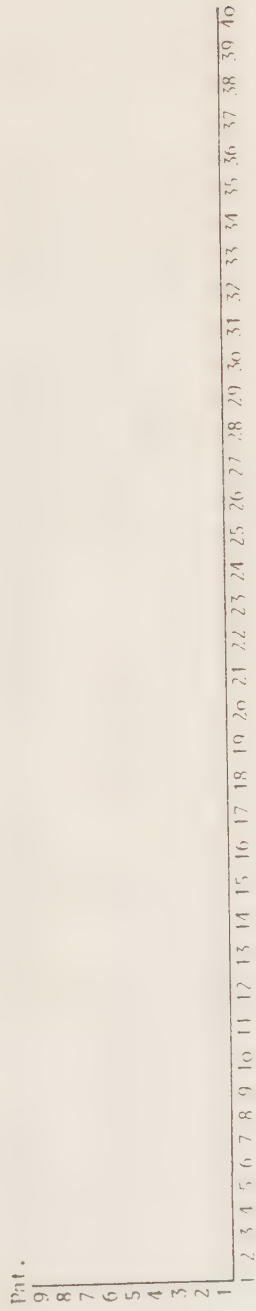
Pat.



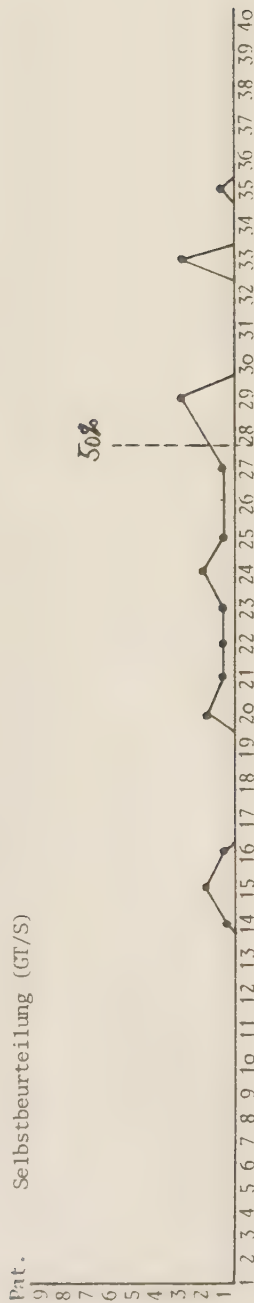
Pat. Fremdbeurteilung (GT/F)



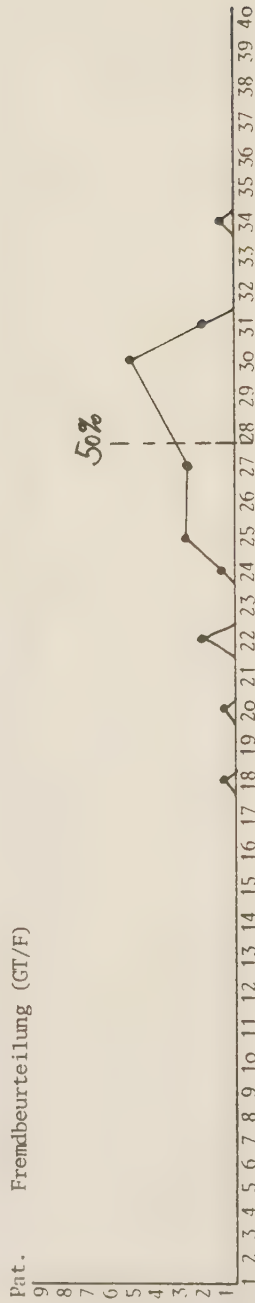
Int.



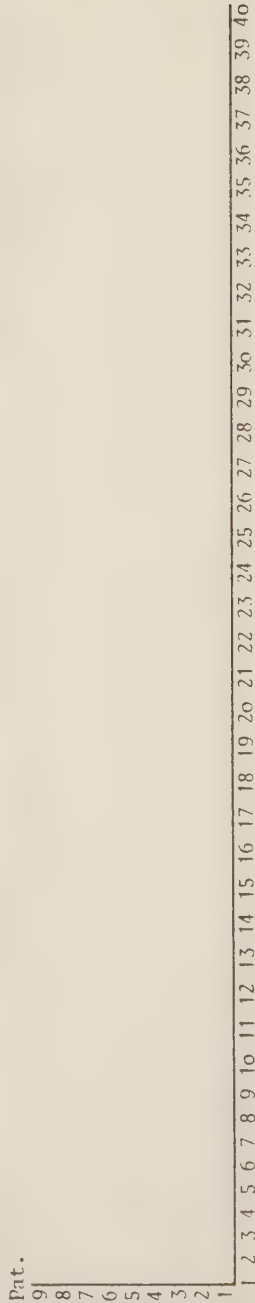
Skala 3: Unterkontrolliert / überkontrolliert
Selbstbeurteilung (GT/S)



Fremdbeurteilung (GT/F)

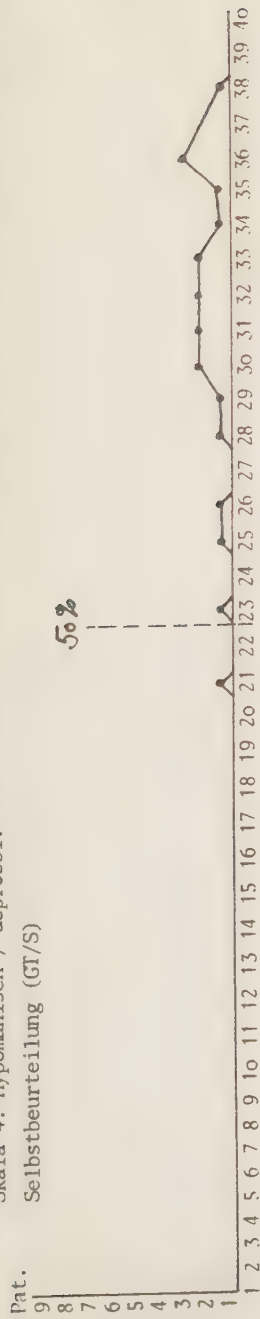


Pat.



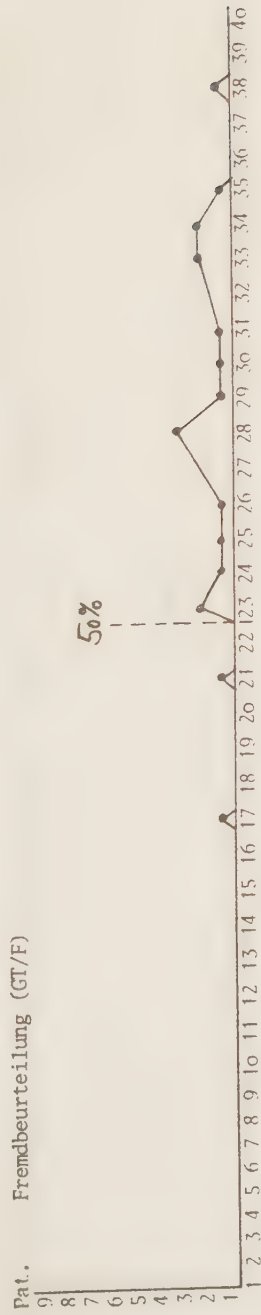
Skala 4: Hypomanisch / depressiv

Selbstbeurteilung (GT/S)

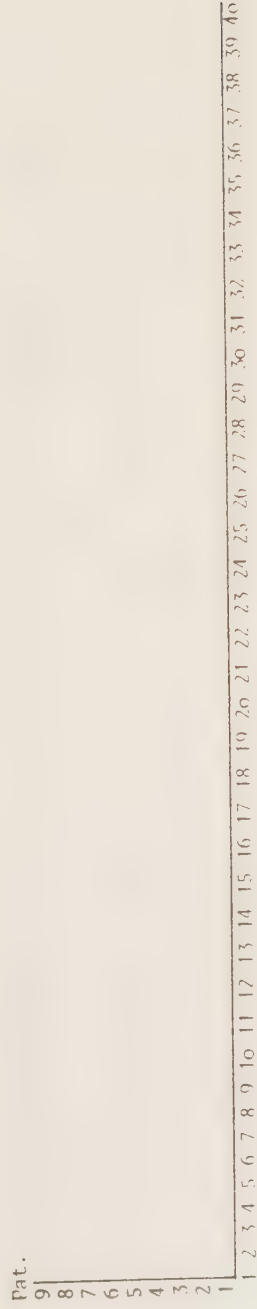


Pat. 9 8 7 6 5 4 3 2 1

50%



Pat. 9 8 7 6 5 4 3 2 1

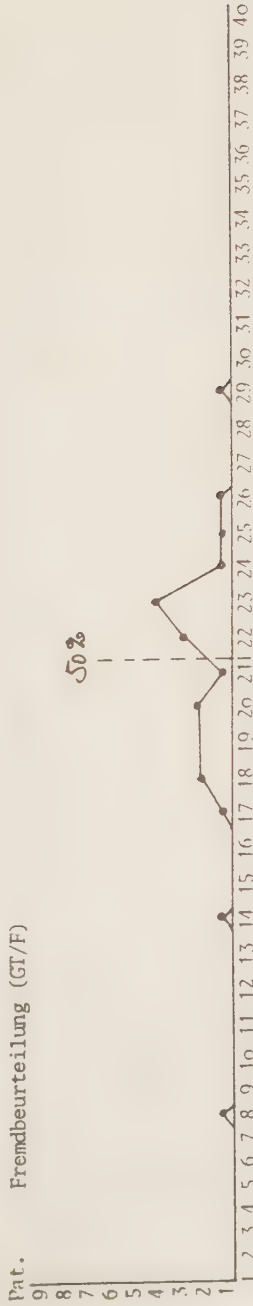


Skala 6: Sozial potent / sozial impotent

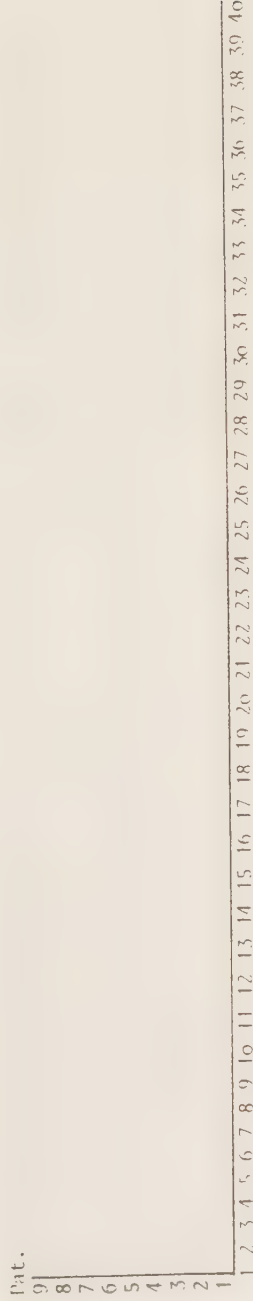
Selbstbeurteilung (GT/S)

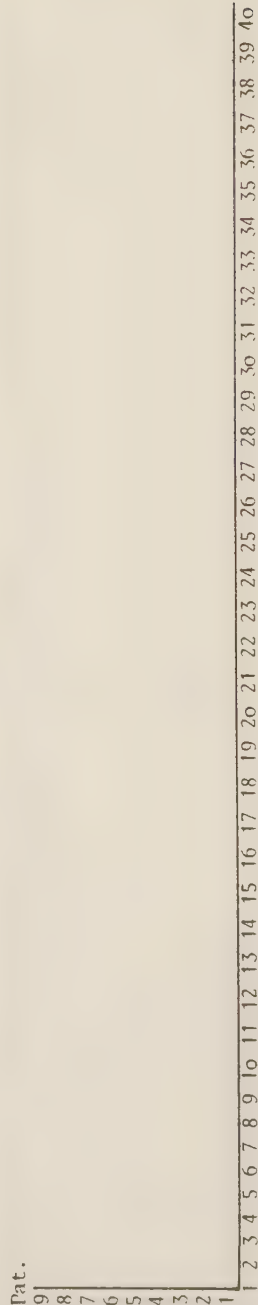
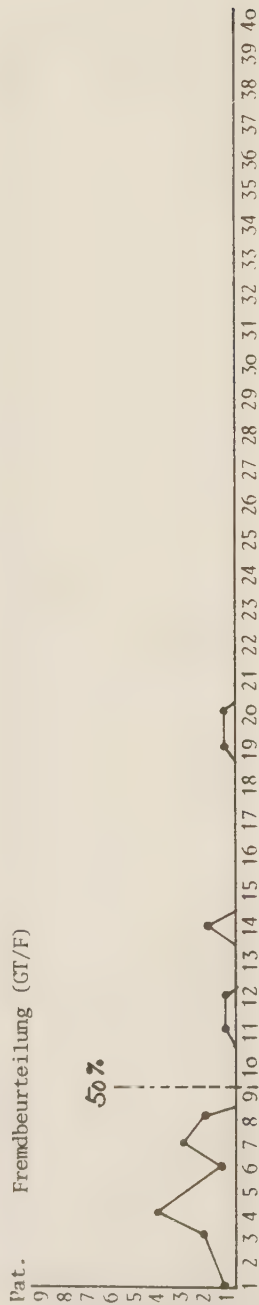
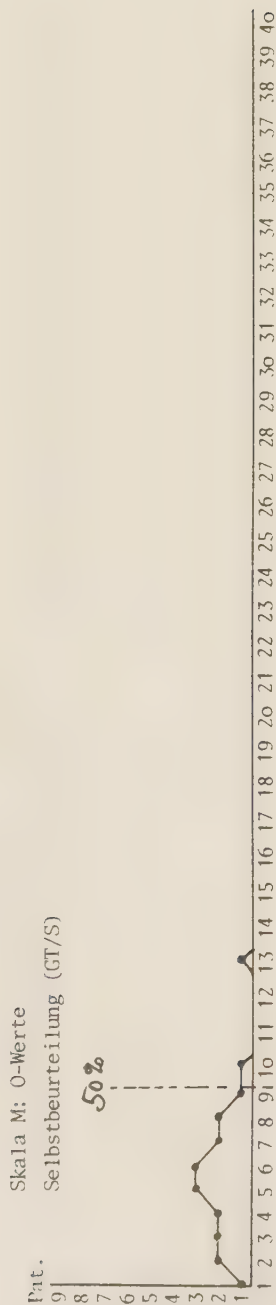


Fremdbeurteilung (GT/F)



Pat.



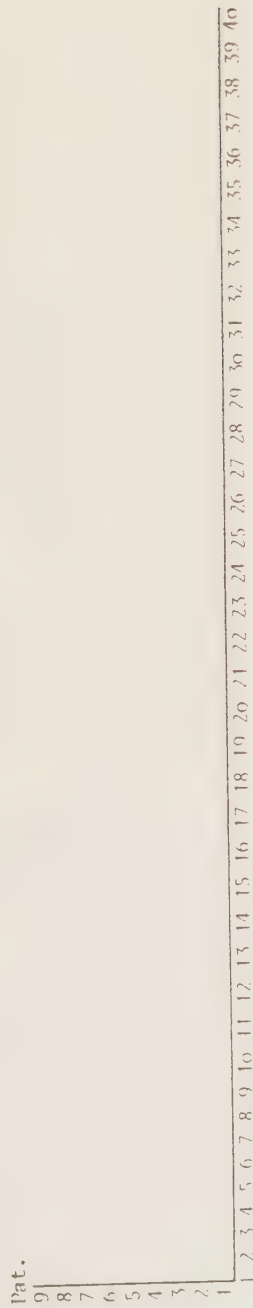
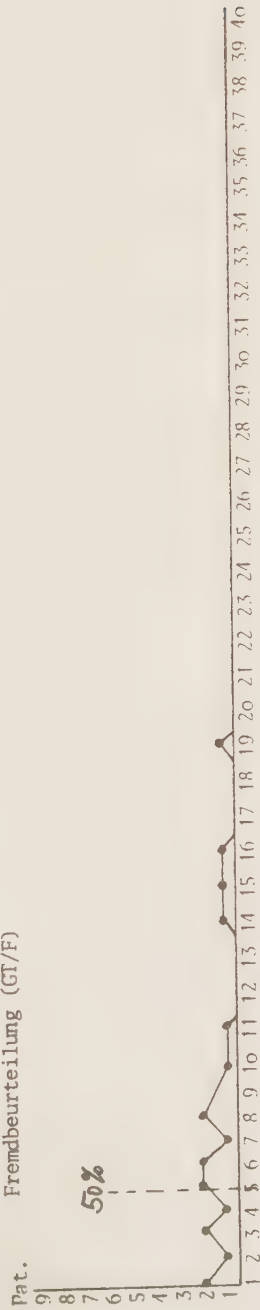


Skala E: Extremwerte

Selbstbeurteilung (GT/S)



Fremdbeurteilung (GT/F)



Zum Lebenslauf

Am 9. April 1946 wurde ich als uneheliches Kind einer deutschen Mutter und eines englischen Vaters in Wilhelmshaven geboren.

Mein Interesse führte mich nach Schulabschluß über praktische Tätigkeiten in der Werbung zum theoretisch-praktischen Studium der Wirtschaftswerbung an die HOCHSCHULE DER KÜNSTE BERLIN. Nach Abschluß des HdK Studiums studierte ich Psychologie am PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT der FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN im Fachbereich 11.

In der Abschlußarbeit an der HdK beschäftigte ich mich mit der Frage des unbewußten Lernens in der Werbung.

Thema der psychologischen Diplom-Arbeit war die Indikationsfrage zur Psychotherapie bei Patienten mit Epilepsieerkrankung.

Seit dem 1. Dezember 1978 bin ich als Diplom-Psychologe beim Senator für Schule, Jugend und Sport in Berlin tätig. Meine Aufgaben liegen in der psychologischen Beratung und Betreuung eines heilpädagogischen Kinderhauses.

Ich bin seit 1977 Fort- und Weiterbildungsmitglied in der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE.

Am 12. Oktober 1981 habe ich mit der Ausbildung zum Psychoanalytiker am INSTITUT FÜR PSYCHOTHERAPIE, Berlin, begonnen.

DVG Dissertationsdruck-
und Verlags GmbH
Pestalozzistr. 106/Ecke Bleibtreustraße
Tel.: 030/312 88 85 313 40 45

